

Série 1    FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON    N° 211

---

DU  
**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU**

FIÈVRE RHUMATISMALE

SES LOCALISATIONS PLEURALES ET PULMONAIRES

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Mai 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**A. PITRAT**

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE



LYON

**IMPRIMERIE NOUVELLE**

52, Rue Ferrandière, 52

—  
**Mai 1884**



DU

# RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

FIÈVRE RHUMATISMALE

SES LOCALISATIONS PLEURALES ET PULMONAIRES

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Mai 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

A. PITRAT

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—  
Mai 1884

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

|                     |               |
|---------------------|---------------|
| MM. LORTET. . . . . | DOYEN.        |
| BONDET. . . . .     | } ASSESSEURS. |
| CROLAS. . . . .     |               |
| MONOYER . . . . .   |               |

## PROFESSEURS ET PROFESSEURS-ADJOINTS

|                                                          |                                  |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Anatomie. . . . .                                        | MM. PAULET.                      |
| Physiologie. . . . .                                     | MORAT, professeur délégué.       |
| Anatomie générale et histologie. . . . .                 | RENAUT.                          |
| Anatomie pathologique. . . . .                           | TRIPPIER (Raymond).              |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . .              | CHAUVEAU.                        |
| Chimie minérale. . . . .                                 | GLÉNARD.                         |
| Chimie organique et toxicologie. . . . .                 | CAZENEUVE.                       |
| Physique médicale. . . . .                               | MONOYER.                         |
| Zoologie et Anatomie comparée . . . . .                  | LORTET.                          |
| Pharmacie . . . . .                                      | CROLAS.                          |
| Pathologie interne. . . . .                              | X...                             |
| Pathologie externe. . . . .                              | } BERNE.                         |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .           | } LÉTIÉVANT, professeur-adjoint. |
| Hygiène . . . . .                                        | MAYET.                           |
| Thérapeutique . . . . .                                  | ROLLET.                          |
| Matière médicale et Botanique. . . . .                   | SOULIER.                         |
| Médecine légale. . . . .                                 | CAUVET.                          |
| Médecine opératoire . . . . .                            | LACASSAGNE.                      |
|                                                          | PONCET.                          |
|                                                          | } LÉPINE.                        |
| Cliniques médicales . . . . .                            | } BONDET.                        |
|                                                          | } RAMBAUD, professeur-adjoint    |
|                                                          | } OLLIER.                        |
| Cliniques chirurgicales. . . . .                         | } TRIPIER (LÉON).                |
|                                                          | } BOUCHACOURT.                   |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .          | } DELORE, professeur-adjoint.    |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                        | GAYET.                           |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . . | GAILLETON.                       |
| Clinique des maladies mentales . . . . .                 | PIERRET.                         |

## Professeurs honoraires

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

## COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

|                                            |                                 |
|--------------------------------------------|---------------------------------|
| Clinique des Maladies des Femmes. . . . .  | MM. LAROYENNE, chargé de cours. |
| Clinique des Maladies des Enfants. . . . . | PERROUD, chargé de cours.       |

## AGRÉGÉS

|            |              |            |              |                               |
|------------|--------------|------------|--------------|-------------------------------|
| MM. BARD   | MM. DEBIERRE | MM. PERRET | MM. TEISSIER | CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ |
| BEAUVISAGE | LAURE        | POLLOSSON  | VINAY        |                               |
| BOUVERET   | LEVRAT       | POULLET    | VINCENT      |                               |
| CHANDELUX  | LINOSSIER    | SABATIER   |              |                               |

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BONDET, président; M. PIERRET, assesseur; MM. SABATIER et J. TEISSIER, agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

SOUVENIR D'AFFECTION ET DE RECONNAISSANCE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

DE LYON ET DE MARSEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BONDET

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41554216\\_0052](https://archive.org/details/IA41554216_0052)

## AVANT-PROPOS

---

Pendant notre internat à Marseille, nous avons vu sous nos yeux évoluer plusieurs cas intéressants de rhumatisme articulaire aigu grave; nous avons cherché à les analyser, à en tirer quelques conséquences pratiques, nous étant pénétrés de ces paroles que nous répétaient souvent au lit du malade notre maître, M. le professeur Teissier :

Presque toutes les maladies sont des maladies générales, *morbis totius substantiæ* : Il n'y a pas des maladies, mais des malades.

M. le professeur Fabre, enlevé trop tôt, hélas ! à ses élèves, aurait vu aussi dans ce modeste travail le reflet de ses idées, que nous avons prises dans son service.

Que MM. Seux et Trastour, médecins des hôpitaux, reçoivent nos remerciements pour les observations qu'ils ont bien voulu nous communiquer.

Avant d'aborder notre sujet, nous faisons un cours historique de la question et passons rapidement en revue les différentes opinions émises sur le rhumatisme, puis nous étudions les caractères spéciaux de la congestion, de la pneumonie, de la pleurésie, de nature rhumatismale, leur fréquence ; nous terminons par quelques mots sur le traitement du rhumatisme et de ses localisations pleuro-pulmonaires.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir fait un travail complet. Livré à nos propres forces pour aborder un sujet aussi difficile, n'ayant que peu de ressources bibliographiques, nous ne pouvions y parvenir, nous avons du moins fait de notre mieux.

---

DU

# RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

(FIÈVRE RHUMATISMALE)

SES LOCALISATIONS PLEURALES ET PULMONAIRES

---

Le rhumatisme a été connu dès la plus haute antiquité ; il était alors appelé arthritisme et était confondu sous cette dénomination avec la goutte. Bouchard et Della Chiaja ont retrouvé, dans les fouilles de Pompeï, des ossements portant les traces des lésions caractéristiques du rhumatisme. Sydenham, le premier, a différencié le rhumatisme de la goutte ; Baillou, à la fin du xvi<sup>e</sup> siècle, donna le nom de rhumatisme aux douleurs des parties externes. Callen, Musgrave, Landré-Beauvais, Haygarth (1809), Chomel, Lobstein, Charcot ont réellement séparé les deux affections. Mais, après Baillou, la dénomination de rhumatisme s'étendit et s'appliqua à des maladies très dissemblables : rhumatisme devint synonyme de maladie à frigore et c'est alors qu'on

eut des rhumatismes des parties internes, qui n'étaient pas le rhumatisme viscéral d'aujourd'hui. Van Swieten (1), Stoll (2) reconnaissent les complications viscérales du rhumatisme cardiaque et pulmonaire ; puis survient une période pendant laquelle on paraît oublier ces faits.

Chomel nous dit, en effet : « On a pu dans un temps où les théories étaient en faveur, considérer comme rhumatismale l'inflammation de la plèvre ou du poulmon qui succède au rhumatisme et semble cesser par son retour ; mais aujourd'hui qu'on ne voit dans ces maladies que ce que les sens peuvent y distinguer, on ne les regarde plus que comme des affections diverses qui se remplacent mutuellement. »

Bouillaud, montrant la fréquence des localisations cardiaques, du rhumatisme ne nous dit rien des complications pleuro-pulmonaires.

Il nous faut arriver à Grisolle, Trousseau, aux travaux de Ball, Homolle, Besnier, Lépine, Lasèque, Picot, Bouchard, pour voir bien connues et décrites les localisations pulmonaires du rhumatisme.

Si, pour les anciens, le rhumatisme était une fièvre à localisations articulaires et autres, les progrès de

(1) Van Swieten, dans le commentaire de l'aphorisme (1495) de Boerhaave, dit : « *Verum si incipiens rheumatismus, antequam ullam partem corporis affecerit, prius statim pulmoni aut cerebro incumbet, in diagnosi morbi, summa foret difficultas.* »

(2) Stoll admet une pleurésie rhumatismale et Scudamore établit que les membranes séreuses sont le siège d'une affection morbide, conséquence de l'inflammation rhumatismale qui se déclare dans le tissu fibreux-contigu. Chez les sujets faibles, les poulmons sont fréquemment affectés par suite du déplacement d'une affection rhumatismale, tandis que chez les gros mangeurs c'est l'estomac qui se trouve lésé.

l'anatomie pathologique repoussant tout ce qui ne tombait pas sous les sens, on classa le rhumatisme dans les maladies du système locomoteur où Jaccoud le met encore. Aujourd'hui, pour tous, le rhumatisme est une maladie générale diathésique; écoutons à ce sujet l'opinion de Picot : « Je définis le rhumatisme un processus morbide constitutionnel caractérisé, selon toute probabilité, par la rétention dans le sang des principes de désassimilation habituellement éliminés par la surface cutanée. Ce processus morbide, portant son influence générale sur tout l'organisme, est susceptible de produire des localisations dans tous les tissus et dans tous les organes de l'économie. Il porte donc au premier chef le cachet diathésique. Si le raisonnement basé sur la physiologie et la pathologie expérimentale nous montre que le rhumatisme doit être considéré comme une affection du sang, comme une intoxication due à la rétention dans ce liquide des principes de désassimilation, jusqu'à ce jour les recherches sont restées infructueuses. Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de préciser la véritable nature du rhumatisme. Cependant, je crois qu'il est plus rationnel de considérer cette affection comme une véritable toxémie à l'exemple de Bretonneau et de Bonnet. Quoi qu'il en soit, il est certain que le rhumatisme est une affection *totius substantiæ*, une maladie générale, une véritable diathèse dont les manifestations nombreuses et variées peuvent frapper, pour ainsi dire, tous les tissus et tous les organes de l'économie.

Bouchard, esquisant les rapports du rhumatisme avec la lithiase biliaire, l'obésité, le diabète et la

goutte, range le trouble nutritif causant le rhumatisme dans la catégorie des vices de la nutrition, par retard ou ralentissement.

Les opinions émises sur la nature du rhumatisme peuvent être ramenées à quatre :

1° La doctrine embolique soutenue par Pfeufer, Hueter, Hotop : L'endocardite serait primitive, les lésions articulaires dépendraient d'embolies détachées des valvules et allant se fixer sur les vaisseaux des séreuses.

2° La doctrine névrotrophique soutenue par Heymann est basée sur la production d'arthrites sous l'influence des lésions du système nerveux ; le froid agissant sur l'extrémité des nerfs cutanés exciterait les centres trophiques qui président aux articulations, ou bien agissant sur la nutrition générale créerait l'altération humorale.

3° La théorie humorale qui a d'abord incriminé la présence de l'acide urique, puis de l'acide lactique, en trop grande quantité, dans l'économie.

Elle a été soutenue par Richardson et Rauch.

4° La théorie infectieuse ; pour Klebs, l'embolus résulterait de la pénétration dans le sang de véritables monades à travers les orifices de la peau dilatée par la sueur. La monade irait se fixer soit sur les articulations, l'endocarde, la plèvre, le poumon. Pour MacLagan, le poison serait un miasme de même nature que celui des fièvres de malaria.

Cette théorie, quel que soit le miasme ou le microbe qui produit l'infection, est celle qui rend le mieux compte des faits ; si elle est démontrée, il n'en restera

pas moins que l'agent infectieux pour se développer exige un organisme modifié par la nutrition retardante (1), ou que sous l'influence des bactéries, il se forme dans l'organisme un principe chimique qui agit comme un poison, une diastase.

Quant au refroidissement qui doit présider à la genèse de cette arthrite multiple, c'est un élément étiologique très facile à admettre et accepté pour trop de maladies différentes. Que l'action du froid humide suffise pour produire le rhumatisme aigu, c'est là une vieille doctrine, tenant à ce que la maladie apparaît souvent dans ces conditions. Nous considérons donc l'inflammation rhumatismale, comme de nature spécifique et comme le résultat de l'action d'un poison spécial circulant dans le sang.

Le rhumatisme ne se développe pas tout à coup dans les conditions ordinaires, les symptômes caractéristiques sont souvent précédés pendant quelques jours par de la céphalalgie, du malaise, de la perte d'appétit, des courbatures dans les membres, comme on le voit pour les autres affections fébriles ; ces symptômes d'invasion font partie de la maladie comme les douleurs articulaires qui les suivent.

Ce n'est pas l'exercice, mais la fatigue, ce n'est pas le refroidissement lui-même, mais l'action débilitante du froid sur l'organisme que nous devons considérer comme la cause prédisposante de l'action du poison rhumatismal ; toutes les causes qui affaiblissent l'organisme, les excès de toute sorte, les professions

(1) Bouchard.

pénibles, les traumatismes, le tempérament lymphatique, l'hérédité, les climats tempérés, la non-acclimatation de l'individu, la question des races rendront plus impressionnable. Les logements au rez-de-chaussée, non parquetés, placés en contre-bas du sol, adossés à des terrassements et dans le voisinage de chutes d'eaux pluviales ; ceux qui, mal construits, n'ont que de minces cloisons, des portes et des fenêtres disjointes ; ceux qui, mal orientés, ne reçoivent jamais les rayons du soleil sont infiniment propres à déterminer le rhumatisme.

Les lésions principales du sang sont : l'augmentation du chiffre de la fibrine, l'augmentation de l'acidité et la diminution des globules rouges ; elles sont le résultat et non la cause de la maladie.

Rapidité de développement, mobilité des phénomènes symptomatiques, tendance peu marquée à la suppuration, restitution ordinaire des parties affectées à l'état normal, tels sont les grands caractères du rhumatisme articulaire aigu et de ses manifestations viscérales.

La fièvre rhumatismale n'est pas continue, elle est très irrégulière, sa durée n'est pas déterminée, elle se compose de paroxysmes, d'une série de petites attaques ; aussi ne peut-on pas prévoir ce que deviendra la maladie, tel cas paraissant léger au début, deviendra très grave ; tel autre paraissant rapidement mortel, cessera comme par enchantement. D'après les statistiques de Mayet et Besnier, fréquence grande l'été. Les accidents pleuro-pulmonaires, connus depuis longtemps comme nous l'avons vu, ont

été d'abord mis sur le compte de la métastase ; aujourd'hui, ils font partie de la maladie au même titre que l'endocardite et la péricardite. Ces lésions du côté de la plèvre et du poumon, peuvent quelquefois être causées par la gravité des lésions cardiaques ; ce sont alors les pneumopathies cardiaques étudiées par A. Fabre, ou les pleurésies d'origine cardiaque décrites par Bucquoy ; nous n'aurons en vue ici que les lésions rhumatismales, véritables, produites avant, pendant, ou au déclin d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

La fréquence de ces accidents a été diversement appréciée par les auteurs, qui distinguent la pneumonie et la pleurésie ; nous avons réuni les deux affections dans la même étude, car elles sont très souvent associées.

La pneumonie et la pleurésie ne sont ici qu'une localisation d'une affection générale de l'économie ; elles se rencontrent dans le rhumatisme au même titre que dans les autres états généraux, impaludisme, mal de Bright, scarlatine, fièvre typhoïde, fièvre puerpérale, morve, variole, etc. De nos jours, la pneumonie et la pleurésie tendent à être considérées comme des fièvres à déterminations pulmonaires ou pleurales, comme elles étaient considérées par les anciens, et aujourd'hui par Traube et l'école allemande ; notre regretté maître lui-même, M. le professeur Fabre, dans une de ses dernières leçons cliniques nous disait : presque toujours l'inflammation des séreuses fait partie d'un tout morbide, elle dépend : 1° soit d'un état local concomitant des organes sous-

jacents; 2° soit d'un état général dont elle est une manifestation. La pneumonie est rare d'après Grisolles, les statistiques étrangères donnent les chiffres suivants : Latham, 13/100; Fuller, 11/100; Wunderlich, 6/100. Ball admet qu'après les affections cardiaques, la pneumonie est la localisation viscérale la plus commune; d'après Besnier, Roger la pleurésie serait plus fréquente. Pour Schönlein, la pleuro-pneumonie serait très fréquente.

Dans les quelques cas que nous avons été à même d'observer, la pneumonie l'emportait sur la pleurésie, mais elle l'emporte de beaucoup si l'on range avec elle les simples conjections, hyperhémies, les spléno-pneumonies de Grancher, les cas les plus nombreux où l'évolution inflammatoire n'a pas le temps d'être complète.

En effet, dans les rhumatismes aigus, de même que nous voyons les lésions articulaires n'avoir pas le temps de se former, ou au contraire laisser des traces permanentes dans des cas rares; de même, sur le poumon, la lésion est fugitive et ne laisse pas de traces; dans d'autres cas, la pneumonie persistera plus longtemps que la pneumonie ordinaire; pour la plèvre, l'épanchement rapidement survenu disparaîtra de même, ou bien menacera de persister. Du reste, nous dit Grancher, le diagnostic de la pleuro-pneumonie et de la pneumonie vulgaire est très difficile, l'application des notions classiques actuelles conduit presque infailliblement à l'erreur.

Peut-on prévoir une complication pleurale ou pulmonaire? Nous remarquerons d'abord que ces com-

plications surviennent ordinairement dans les cas graves où l'hyperthermie est prononcée, quand les lésions articulaires sont étendues, qu'il y a eu des épistaxis, des sueurs profuses, de la céphalalgie, de la diarrhée, une prostration très grande, des éruptions miliaires, et surtout quand il existe déjà des symptômes cardiaques ; nous avons remarqué que l'endocardite s'allie à la congestion pulmonaire et à la pneumonie, et la péricardite à la pleurésie.

Ces accidents sont assez souvent latents, et on ne les reconnaîtra le plus habituellement qu'en percutant et auscultant tous les deux jours ses malades, ce que l'on fait rarement pour éviter les souffrances atroces que causent au malade les moindres mouvements. Il n'y a pas de règle pour le rhumatisme dans l'époque d'apparition des phénomènes ; souvent les poumons ou la plèvre seront atteints avant les articulations ou avant le cœur ; cependant en règle générale, c'est à la fin de la première semaine qu'ils se développent le plus fréquemment. Leur début est tantôt brusque, tantôt progressif ; tantôt le processus s'étendra sur tout le poumon ou la plèvre, tantôt il restera localisé ; si la lésion est à la fois brusque et générale, l'organisme subira difficilement un tel choc, si la lésion se produit lentement et qu'elle s'étende peu, le danger sera minime.

La gravité du rhumatisme varie du reste selon les années, les saisons, la constitution médicale régnante ; néanmoins, il détermine rarement la mort, même dans les localisations pulmonaires paraissant les plus graves ; la prédisposition joue un grand rôle dans

l'apparition du rhumatisme et des troubles du côté du système pulmonaire.

Il faudrait pour chaque rhumatisant admettre une forme spéciale, peu de cas se ressemblent; cependant on peut distinguer plusieurs cas :

- 1° Congestion lente ou rapide, localisée ou diffuse, aiguë ou suraiguë ;
- 2° Pneumonie rhumatismale ;
- 3° Pleurésie.

La congestion pulmonaire peut être active ou passive ; la congestion passive que l'on trouve dans le rhumatisme est due à l'hypostase et est la suite des altérations de l'endocarde ; elle est lente à se produire et s'accompagne toujours d'œdème pulmonaire ; c'est elle qui conduit quand elle dure à ce qu'on a appelé pneumonie hypostatique, et plus tard à la sclérose pulmonaire, bien étudiée au point de vue microscopique par notre collègue Boy, mais ce n'est pas la véritable congestion pulmonaire rhumatismale.

Celle-ci est active, peut s'accompagner d'hémoptysie (Huchard) ; elle a un début brusque ordinairement ; elle se trouve à toutes les périodes, mais surtout à la fin du premier septenaire ; les symptômes sont variables, la dyspnée est souvent excessive ainsi que la douleur de côté ; la toux est peu fréquente ; la bronchite lui est souvent associée ; si elle est intense et généralisée, elle est un accident des plus menaçants et peut devenir la cause d'une mort inopinée (Oudé, th. Paris, 1867.)

Peter, dans un cas semblable, sauva son malade par une saignée abondante. La suffocation est extrême, la respiration accélérée, le bruit vésiculaire a presque disparu, la sonorité est modifiée dans une étendue plus ou moins grande, il s'y joint des râles sibilants et ronflants, des râles fins à la base ; souvent c'est l'hémo-bronchite soudaine et passagère, reparaissant quelquefois par poussées fluxionnaires. L'élément phlegmasique peut être associé à l'élément hyperhémique et produire des cas intermédiaires ; on a quelques râles disséminés et une respiration soufflante, c'est une fluxion à allures identiques à celles qui frappent les articulations. Le poumon est le plus souvent atteint dans toute son étendue : la lésion est diffuse, le poumon, la plèvre, les bronches, la paroi intercostale elle-même peuvent être comprises dans cette fluxion, qui n'est pas systématisée à un lobe pulmonaire. Généralement, les accidents passent rapidement sans laisser aucune trace ; quelquefois, ils alternent avec les poussées articulaires ; le plus souvent, ils coïncident avec leur exaspération et avec celle de la fièvre. Rarement, cette congestion précède les symptômes articulaires, quelquefois elle apparaît avant l'endocardite, presque toujours en même temps ou quelques jours après. Elle est souvent très légère, localisée, et passe inaperçue dans ces cas, les plus nombreux du reste.

La pneumonie, soit accompagnée de bronchite, soit de pleurésie, soit seule, se retrouve dans le rhumatisme ; prenons, pour ne pas compliquer la question,

la pneumonie seule ; nous en admettons deux formes : la pneumonie rhumatismale vraie et la pneumonie fibrineuse.

La pneumonie rhumatismale, qui disparaît dans un bref délai, symptômes et lésions, n'est pas, dit Besnier, une pneumonie au sens absolu du mot, c'est-à-dire une phlegmasie exsudative du poumon, mais une pseudo-pneumonie, de l'engouement ou de la splénisation pulmonaire et le râle crépitant ou le souffle tubaire ne suffisent pas pour affirmer la phlegmasie du poumon.

Pidoux a rencontré plusieurs faits desquels il semble résulter que la pneumonie rhumatismale ne peut pas passer complètement à l'hépatisation et qu'elle restait à un état intermédiaire au premier et au deuxième degrés ; l'apparence non granuleuse du parenchyme pulmonaire et sa faculté de surnager unies à une friabilité évidente permettaient de voir une sorte d'engouement oedémateux d'une nature particulière et par conséquent rhumatismale.

Nous voyons cependant Barth et Roger affirmer que toutes les fois qu'il y a souffle il y a hépatisation pulmonaire. (*Traité d'auscultation*, p. 158.) Bouchut est du même avis. (*Pathologie générale*, p. 1158.)

Entre ces opinions contradictoires, prenons l'une des deux, il n'en est pas moins vrai que la pneumonie rhumatismale ressemble peu à la pneumonie ordinaire ; sa terminaison serait plus favorable.

Ce qui caractérise cette pneumonie, c'est qu'elle est fugace, superficielle ; elle passe d'un point à un autre, d'un poumon à l'autre ; se présente à toutes

les époques du rhumatisme, mais surtout vers le deuxième septenaire.

L'exsudation est peu abondante ; les exsudats se résorbent rapidement, puis ils peuvent de nouveau apparaître plusieurs fois dans le cours de la maladie, coïncidant avec un affaiblissement ou une exacerbation des douleurs articulaires ; quelquefois, il y a un léger foyer hépatisé avec une zone périphérique d'hyperhémie pulmonaire ; le souffle ne persiste pas, manque de rudesse ; la crépitation est fugace ; la matité incomplète ; il n'y a ni toux, ni crachats rouillés. Rarement, la totalité des poumons est prise ; le plus souvent, il y a des intermittences, et après un grand danger, tout rentre dans l'ordre.

Lépine distingue deux sortes de pneumonies : 1° dans un cas elle alterne avec l'arthropathie et est intermittente au même titre que la pneumonie périodique paludéenne que l'on appelait autrefois métastatique ; 2° dans un autre cas, elle coexiste avec les arthropathies. Cette pneumonie est bien de nature rhumatismale ; elle est ordinairement double, se distingue par sa bénignité ; il semble que le processus d'hépatisation soit superficiel, ainsi que tend à le montrer l'expectoration qui est peu colorée, sa résolution est remarquablement rapide. L'étiologie et la bénignité relatives de la pneumonie du rhumatisme me paraissent des caractères plus décisifs qu'un balancement plus ou moins accusé entre l'affection pulmonaire et les arthropathies.

A côté de cette pneumonie rhumatismale, la plus fréquente, différant par sa marche, sa mobilité, ses

exacerbations, l'absence d'expectoration caractéristique, il existe une autre forme de pneumonie ; celle-là pneumonie réelle où aucun signe ne fait défaut, avec souffle, râles crépitants, crachats rouillés, pendant la vie, qui passe par les états d'hépatisation rouge, où Fuller a noté l'hépatisation grise dans quelques autopsies, le poumon allait au fond de l'eau et présentait une dureté caractéristique.

Cette pneumonie est rare, elle existe cependant croyons-nous, non pas comme complication incidente, mais comme devant être rattachée à la diathèse rhumatismale. De même que l'on voit les lésions articulaires être fugaces d'ordinaire, mais quelquefois persister pendant plus au moins longtemps ; de même le rhumatisme semble quelquefois s'arrêter sur le poumon, et il en résulte des pneumonies très tenaces, à évolution lente, qui cependant ne se terminent pas moins par la guérison. Nous avons observé nous-mêmes, dans deux cas, cette forme : l'un, où les symptômes persistèrent un mois ; l'autre, où la terminaison fut funeste. Le docteur Trastour, sur 14 cas de pneumonie dans le rhumatisme, a eu 2 fois seulement des crachats rouillés. Cette pneumonie se rencontre dans les formes les plus graves et de durée plus longue ; elle s'accompagne souvent d'épanchement dans la plèvre, ou de bronchite, dans les cas particulièrement d'érythème noueux ; mais les divers auteurs n'étant pas d'accord sur la nature rhumatismale de l'érythème, nous ne le citerons qu'en passant. Germain Sée cite plusieurs observations d'érythème noueux, avec localisations broncho-

ou pleuro-pulmonaires, mais pour lui cette affection n'est pas rhumatismale, tandis que pour Besnier, Mollière, ces érythèmes se rattachent au rhumatisme avec lequel ils sont d'ailleurs souvent combinés.

Pour nous, cette forme de pneumonie rhumatismale est indiscutable, quoique peu fréquente ; elle dure longtemps si le malade survit ; aucun signe ne fait défaut. Elle peut également précéder les manifestations articulaires et même ne pas en être suivie.

La pleurésie, nous l'avons vu est rarement une affection locale : le plus souvent elle est consécutive à une lésion des organes sous-jacents ou voisins, ou à une infection de l'organisme ; elle a, dit le professeur Fabre, des signes physiques et peu de signes rationnels ; bien plus souvent que la pneumonie, elle peut passer inaperçue, la dyspnée et la toux appartiennent au poumon et au système nerveux ; l'affection est latente si les organes voisins ne participent pas à l'inflammation. On ne peut conclure de l'intensité des signes rationnels à l'intensité des signes physiques ; l'inflammation de la plèvre suit presque toujours celle du poumon ou celle des parois thoraciques, où est une manifestation de l'infection de l'organisme.

Le docteur Seux, dans une remarquable étude sur la pleurésie rhumatismale groupe dans les quatre classes suivantes les pleurésies que l'on rencontre dans le rhumatisme :

1° Pleurésie de voisinage produite par la péricardite ; elles n'ont rien à voir avec le rhumatisme ; pour nous, cette pleurésie de voisinage est produite :

A. Par l'inflammation de la paroi costale; c'est alors que la dyspnée et la douleur sont les symptômes les plus pénibles pour le malade et les signes les plus évidents.

B. Par l'inflammation de la couche pulmonaire superficielle, qui sera masquée par l'épanchement; dans ces cas, la douleur sera peu vive.

C. Par l'inflammation du péricarde; nous croyons que cette cause ne suffirait pas, s'il n'y avait pas infection de l'organisme; l'inflammation péricardique explique seulement la plus grande fréquence de la pleurésie gauche.

2° Pleurésie produite par le froid: nous faisons une grande réserve sur son existence au cours du rhumatisme.

3° Pleurésie par métastase: nous la réunirons avec la suivante.

4° Pleurésie rhumatismale: véritable localisation du rhumatisme sur la plèvre, pouvant être assimilée à la fluxion articulaire.

Nous voyons donc que rien ne se ressemble moins que les pleurésies que l'on rencontre dans le cours, avant ou au déclin du rhumatisme; néanmoins, comme l'indique Seux, ses caractères sont ceux des lésions rhumatismales. Rapidité dans l'invasion, rapidité dans la disparition; passage d'une plèvre à l'autre, mais l'on voit aussi les symptômes persister, l'épanchement ne pas se résorber.

Germain Sée distingue trois formes de dyspnées; toutes trois se trouvent dans la pleurésie rhumatismale.

1° Une dyspnée graduelle, proportionnelle à l'épanchement, de peu d'intensité, se rencontre dans les épanchements lents à se former quand la couche superficielle seule du poumon sera atteinte.

2° Dyspnée mécanique, tardive, par gêne de la circulation capillaire, quand l'épanchement est considérable, ce qui arrive souvent et dès le début dans le rhumatisme.

3° Dyspnée précoce, intolérable, provoquée par la douleur, quand la paroi musculo-aponévrotique participe à l'inflammation ou l'a précédée.

Les affections de la plèvre évoluent ordinairement sans excercer d'influence sur les arthropathies ; cependant, il se produit quelquefois une rémission dans les lésions articulaires ou au contraire une exacerbaton.

La douleur de côté, d'après Lasèque, occupe un espace étendu ou zone douloureuse, tenant à ce que le tissu aponévrotique des muscles intercostaux se trouve atteint, cette douleur persiste ordinairement pendant toute la durée de la fluxion pleurale ; elle peut présenter des intervalles de rémission et de recrudescence ; elle peut changer d'espaces intercostaux ; si le diaphragme vient à participer à l'inflammation, la dyspnée devient excessive. Nous avons vu que la douleur peut manquer totalement.

Les frottements sont rares, le plus souvent limités, la pleurésie sèche ne se rencontre presque jamais. La guérison est le plus souvent rapide, quelquefois très lente et peut nécessiter la thoracentèse, ce qui arrive surtout quand la pleurésie survient à la fin de

la maladie après la cessation des douleurs articulaires. On l'a appelée pleurésie cachectique.

Nous l'avons déjà dit : la pleurésie s'allie le plus souvent à la péricardite ou à l'endopéricardite comme le démontrent nos observations ; elle existe le plus souvent du côté gauche, quoiqu'elle puisse débuts à droite ; la plupart du temps, elle passe de gauche à droite ; c'est quand il y a ce caractère d'erraticisme et de mobilité que la guérison ne se fait pas attendre. Cependant, si l'épanchement devient très abondant et cela avec trop de rapidité, et des deux côtés à la fois, il peut y avoir un danger imminent, et la soustraction du liquide doit s'imposer d'emblée ; heureusement ces cas sont rares, la pleurésie rhumatismale ne donnant lieu habituellement qu'à un épanchement peu considérable, une douleur et une dyspnée si peu intenses, que si l'on n'examine pas le le malade, elle passera inaperçue.

Le diagnostic des localisations pulmonaires est facile dans la plupart des cas. Il devient difficile, quand l'affection cardiaque ou les arthropathies font défaut ; la marche particulière des symptômes surtout quand le sujet a des antécédents rhumatismaux, doit faire songer à la nature rhumatismale des accidents ; surtout dans ces circonstances, le pronostic est moins favorable que quand il y a arthropathie, et nous croyons que dans ce cas on doit s'efforcer de ramener l'inflammation du côté des jointures, en exerçant une révulsion sur elles. Quelquefois on voit les localisations thoraciques être suivies d'arthropathies, alors le pronostic est meilleur et le diagnos-

tic devient facile. Nous avons une observation où la nature rhumatismale des accidents soupçonnée seulement pendant la vie fut confirmée à l'autopsie.

Comme caractéristique de toutes les complications du rhumatisme articulaire aigu, tous les auteurs font ressortir leur bénignité eu égard au danger momentané.

On trouve plusieurs maladies dangereuses en elles-mêmes, réunies au rhumatisme, et l'on voit leur terminaison favorable en un espace de temps relativement court. Sur 76 cas, Hertzka cite seulement deux cas de mort.

Le rhumatisme évolue spontanément vers la guérison ; la durée de l'attaque varie de quelques jours dans ses formes bénignes, jusqu'à plusieurs mois ; aussi, Honoré s'était-il fait le défenseur de l'expectation. Chomel disait : « Que l'on trouve une médication qui, sur une masse de 30 à 40 malades affectés de fièvre rhumatismale, amène la guérison en moyenne après 14 jours. Alors il n'y aura plus de doute sur l'efficacité de ce médicament. Depuis longtemps, hélas ! on cherche un tel secret, et il est encore à trouver. » E. Besnier ajoute : « Dans l'état actuel de la science, il ne saurait y avoir de médication anti-rhumatisme au vrai sens du mot ; il y a seulement des agents thérapeutiques applicables aux rhumatisants, selon les règles générales et communes de la thérapeutique. »

En effet, tout l'arsenal a été employé : émissions sanguines, tartre stibié, sulfate de quinine, révulsifs, médication alcaline ou acide, chaque remède a trouvé

ses apologistes ; il nous faut arriver à notre époque, pour voir, en France, le salicylate de soude accepté à peu près par tous dans le traitement du rhumatisme ; il n'agit, disons-le de suite, que dans les cas les plus aigus et les plus fébriles. Germain Sée, un de ceux qui ont le plus employé le médicament, nous dit : « Le salicylate donné au début d'un premier accès de rhumatisme non-seulement enraie immédiatement la marche de la maladie, mais il empêche l'envahissement du cœur ; il arrête toute la maladie dans son évolution et sa progression vers les viscères. Les statistiques étrangères, surtout celles des hôpitaux militaires et civils d'Allemagne, démontrent que, sur 185 cas bien observés et traités dès le 1<sup>er</sup> ou le 2<sup>me</sup> jour d'une attaque de rhumatisme, on ne trouve plus que 5 cas de lésions du cœur sur 100 rhumatismes, au lieu de 25,50 et même 80 complications sur 100. » Germain Sée a obtenu des résultats identiques dans 20 cas ; pour lui, il faut que le médicament soit donné le 1<sup>er</sup> ou le 2<sup>me</sup> jour de l'attaque. Dans un cas personnel, le salicylate donné le 1<sup>er</sup> jour n'a pas empêché le développement d'une endocardite, puis d'une pneumonie ; dans les autres cas, il ne fut pas donné le 1<sup>er</sup> jour ; nous n'avons constaté aucun accident viscéral dans six cas où il fut donné le 1<sup>er</sup> jour.

Aussi la médication est acceptée par tous en France et à l'étranger. Tout ce qui guérit par l'acide salicylique, dit Senator, doit être nommé rhumatismal et Salv. Tomasi, de Naples : « *Niente in fine prova meglio la ragione e la causa del rheumatismo quanto l'uso a dei remedi antiinfettivi appunto l'acido salici-*

*lico e il chinino di cui il primo in nessuna malattia riesce così efficace con nel reumatismo.*

En Allemagne, l'acide salicylique a été surtout employé; en Angleterre, Maclagan préfère la salicine. En Amérique, Brown, Dessau emploient les composés salicylés et s'en sont bien trouvés.

Ce qui paraît agir c'est la présence du radical salicyle.

Ces médicaments abaissent la température, calment les douleurs, diminuent la durée du rhumatisme; il y aurait, d'après Vulpian, une action vaso-constrictive sur les vaisseaux des synoviales et vaso-dilatatrice sur l'appareil capillaire; ils produisent une diurèse abondante. Ce dernier auteur n'admet pas l'action curative sur les complications viscérales.

L'acide salicylique se prend à la dose de 3 à 7 centigrammes toutes les heures; il agit surtout dans les cas récents, il produit des accidents toxiques, bourdonnements d'oreille, sudations abondantes; on doit continuer le médicament à petites doses quelques jours encore après la guérison, (Stricker et les Allemands).

En France, le salicylate s'ordonne à la dose de 5 à 8 grammes par jour.

D'après Maclagan, la salicine est préférable; elle a une action tonique, les malades sont moins affaiblis à la fin de l'attaque, et la convalescence est plus rapide que lorsque l'on emploie les autres composés. La quantité d'acide salicylique nécessaire pour guérir le rhumatisme aigu peut produire de graves désordres, spécialement sur le cerveau et sur le cœur. La sali-

cine se donnera de 1 à 2 grammes, toutes les heures jusqu'à amélioration; diminuer alors la dose tout en laissant l'organisme sous l'influence du médicament.

Ainsi, dans le rhumatisme, il faut donner du salicylate le plus tôt possible; une fois les accidents pulmonaires survenus, on pourra le continuer, quoique son action soit moins efficace. Mais, en outre, il faudra traiter les localisations elles-mêmes; si la congestion est violente, émissions sanguines, comme le veut Peter, révulsion sur les articulations ou sur la cage thoracique, régime léger, éviter les sueurs. Les bains froids employés (dans un cas) par J. Besnier, où il y avait localisation cérébrale et pulmonaire, n'aggravèrent pas la situation des organes thoraciques. Toniques, en général; soutenir les forces s'il y a adynamie, et si la maladie a déjà duré quelque temps et si l'on est à une 2<sup>me</sup> et 3<sup>me</sup> attaque. Thoracentèse, si un épanchement tardait trop à se résorber. Ne pas porter un pronostic trop sombre, malgré la gravité momentanée des accidents et compter sur une terminaison favorable.

#### OBSERVATION I

Endocardite, péricardite, pneumonie bilatérale et pleurésie gauche  
(Hertzka)

K. A., 21 ans, souffrait, depuis le 1<sup>re</sup> mars 1873, de phénomènes fébriles et de douleurs dans tout le corps qui se localisèrent, le 3<sup>me</sup> jour, aux deux articulations tibio-tarsiennes.

Au 4<sup>me</sup> jour, douleurs dans l'articulation de la main droite, rien au cœur. La malade est admise à l'hôpital le 5 mars, elle est douée d'une constitution lymphatico-sanguine, température 38,4 ; pouls 96.

Le 6, le gonflement et la douleur existent dans les deux genoux, les coudes et les épaules. Bruit de souffle systolique à la pointe du cœur, température axill. 38,9-39,8 ; pouls 108-120.

Le 8, vomissement d'un liquide verdâtre le matin et le soir ; température 39,4 ; pouls 110-116.

Le 9, vomissements fréquents, violente douleur à l'épigastre, température 38,2-39 ; pouls 108-126.

Le 10 mars, survient une dyspnée considérable, température 40,2-39,6 ; pouls 120-132. L'examen des organes thoraciques nous donne : à la base du cœur un bruit de frottement remplissant la systole et la diastole, plus intense pendant l'expiration. Choc de la pointe, à peine perceptible, dans le cinquième espace intercostal ; dans le deuxième espace intercostal, à gauche, souffle facile à percevoir et frottement péricardique très rude ; la matité cardiaque est très étendue ; pas de palpitations, violente douleur de poitrine dans les inspirations profondes ; les vomissements sont disparus ; rien au poulmon ; le 12 température 38,8 - 38,2 pouls 135-106.

Le 12, la percussion du poulmon droit montre, en bas et en arrière, une matité de deux travers de doigt ; à ce niveau souffle bronchique ; frottement péricardique très distinct, bruit de scie, respiration 45.

Le 14, chute de la fièvre, température 38,2 - 37,8 ; pouls 108-120. Matité pulmonaire à la base des deux côtés, surtout à gauche ; souffle bronchique des deux côtés ; à gauche, léger frottement pleural, peu de liquide, pas d'expectoration, pas de toux.

Le 16, frottement péricardique toujours manifeste. Exsudat médiocre surtout à la base. Au poulmon droit, râles crépitants ; à gauche, souffle bronchique et frottement très évident. Oppression toujours considérable. A la lèvre supérieure, plusieurs

vésicules d'herpès. Manque d'appétit complet depuis le commencement de la maladie. Température 38,4 - 38,6; pouls 102-114, respiration 46.

Le 17, diminution du frottement péricardique. Respiration plus calme; 35 à la minute; aux poumons des deux côtés, râles crépitants, la matité a diminué des deux côtés.

Le 20, frottement et matité cardiaque diminués. Douleurs encore considérables dans les articulations. Température 39,6 - 38; pouls 108, respiration 42. La malade est très faible et très amaigrie.

Le 24, le souffle à la pointe du cœur persiste; les articulations sont moins douloureuses, la dyspnée faible. La matité des deux côtés du poumon a presque totalement disparu, température 37 - 37,6; pouls 110-118.

Le 29, retour léger des douleurs dans les articulations; plus rien dans la poitrine.

Le 30, aucune douleur, aucun frottement, température 37,4; pouls 120.

Le 7 avril, la malade sort guérie après 38 jours de maladie.

Nous avons ici la pneumonie rhumatismale double, sans toux ni crachats, survenant le 12<sup>me</sup> jour à droite, le 14<sup>me</sup> jour de la maladie à gauche; six jours après endocardite; durée de la pneumonie huit jours.

La pleurésie gauche survient le 14<sup>me</sup> jour, quatre jours après la péricardite, il y a très peu de liquide.

## OBSERVATION II

Rhumatisme articulaire aiguë, aortite, pneumonie double. (Gomby).

Victorine R., 18 ans, demoiselle de magasin, entre à l'hôpital Lariboisière, le 14 novembre 1881. Cette jeune fille, qui

souffre actuellement, depuis trois semaines, d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, n'avait jamais fait auparavant de maladie sérieuse. Mais nous constatons du côté des parents quelques antécédents arthritiques ; le père serait mort à l'âge de 57 ans d'une maladie de cœur accompagnée d'anasarque ; la mère, de son côté, accuse de fréquentes douleurs articulaires. Il y a trois semaines, notre malade se fit une légère entorse au pied gauche ; le lendemain matin, le coup de pied était tuméfié, chaud et douloureux ; bientôt le pied droit, puis les genoux et les poignets furent envahis. Tel a été le début de ce rhumatisme qui rapidement gagna presque toutes les articulations des membres et mit la malade dans l'impossibilité de quitter le lit. Avant son entrée à l'hôpital, elle n'a subi d'autre traitement que des frictions camphrées et une potion prise pendant deux jours seulement.

Etat actuel : Jeune fille assez robuste, présentant un embonpoint notable. Facies vultueux, dyspnée intense, parole brève, saccadée, fièvre vive : 39,4 dans l'aisselle. Les articulations des genoux et des poignets sont gonflées et douloureuses à la pression ; mais les douleurs sont actuellement beaucoup moins aiguës qu'au début, et les manifestations articulaires ne sont pas en rapport avec l'intensité des phénomènes généraux. Aussi, est-on naturellement conduit à chercher du côté des viscères et spécialement du côté de la poitrine, la raison de la dyspnée et de la fièvre. Le pouls est petit et fréquent (120) le chiffre des respirations s'élève à 60 par minute.

On entend au-dessous de la clavicule, dans le premier espace intercostal, un souffle systolique extrêmement rude. MM. Siredey et Constantin Paul portent le diagnostic d'aortite rhumatismale, intéressant seulement la crosse de l'aorte.

En outre, à la partie moyenne du poumon, à gauche en arrière, on trouvait un souffle accompagné de râles crépitants qui indiquait la présence d'une pneumonie rhumatismale. Trois jours plus tard, la malade se plaint d'un point de côté à droite et l'auscultation révèle en arrière l'existence d'un souffle tu-

baire avec râles crépitants, deuxième pneumonie rhumatismale. Les manifestations aostiques se prononcent de plus en plus. Les signes physiques de la double pneumonie rhumatismale postérieure persistent longtemps ; il ne sont accompagnés ni de toux, ni de crachats rouillés.

Le 23 novembre, état grave ; le 24, du côté gauche, la pneumonie s'est étendue (vésicatoire).

Le 30, délire vespéral ; Le 1<sup>er</sup> décembre, dyspnée plus accusée, pâleur, violente douleur du côté droit, le souffle pulmonique persiste (vésicatoire). Le 2, injection d'ergotine dirigée contre ces pneumonies congestives rhumatismales, qui persistent avec tant de fixité dans les régions postérieures. Ventouses sèches.

Le 15, on ne constate plus de signes de pneumonie, mais le souffle aortique est toujours très intense.

L'état général du malade s'améliore rapidement, et à la fin de janvier 1882 il est en état de sortir de l'hôpital.

Ce rhumatisme est remarquable, d'abord par sa longue durée : près de trois mois ; au lieu de l'endocardie, c'est l'aorte qui est atteinte ; la pneumonie est d'abord simple et survient trois semaines après le début des arthropathies, la pneumonie droite survient trois jours après celle du côté gauche ; remarquons que le début de l'affection a été un traumatisme, comme nous l'avons signalé après plusieurs auteurs ; encore ici nous n'avons ni toux, ni expectoration pathognomonique ; remarquons encore la ténacité de cette pneumonie double.

### OBSERVATION III

Rhumatisme articulaire aigu ; pneumonie droite, pleurésie gauche, thrombose cardiaque (Valude, *Progrès médical*)

Joséphine L., domestique, âgée de quarante ans, entre, le 29 janvier 1882, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Montard Martin, suppléé par M. Hanot, pour un rhumatisme articulaire aigu, auxquels s'ajoute une pneumonie du sommet du poumon droit.

Les symptômes thoraciques avaient débuté douze jours avant par des frissons, un point de côté, des vomissements. Actuellement la fièvre est vive, et le tiers supérieur du poumon est envahi par du souffle tubaire. Du côté des articulations, nous avons constaté de la rougeur, du gonflement et des douleurs vives au genou gauche, au coude et au poignet droits. D'après le récit de notre malade, une attaque de rhumatisme articulaire aigu, plus violente même que celle-ci, l'aurait atteinte douze ans auparavant. L'auscultation du cœur ne fait reconnaître aucune lésion organique. La fièvre étant vive et les douleurs articulaires très pénibles, le salicylate de soude est administré; mais, pendant deux jours, les phénomènes généraux se maintiennent à peu près au même degré d'intensité. Le troisième jour, la fièvre tombe un peu et les douleurs articulaires s'atténuent beaucoup. La température baisse notablement, mais les phénomènes thoraciques sont loin de suivre cette marche régressive. Le poumon droit tout entier est envahi par la pneumonie. Dans toute la hauteur du thorax, de ce côté, on entend du souffle tubaire d'une grande intensité. On perçoit peu de râles crépitants et le malade ne crache pas.

Le 4 février, une hausse considérable de la température surexcite notre attention, et nous découvrons à gauche un

épanchement pleural peu considérable. Cette manifestation rhumatismale est d'ailleurs de courte durée, et le lendemain déjà, sans vésicatoire, le liquide est à peu près résorbé; on entend quelques frottements.

Le 6 février, cet incident du côté de la plèvre a complètement disparu. Les manifestations articulaires sont, elles aussi, oubliées, et depuis la veille le salicylate de soude est supprimé. La pneumonie se maintient cependant dans toute son inquiétante intensité. Le côté droit est plein de souffle tubaire et de râles sous-crépitaux. La langue est sèche, la prostration grande, et malgré une baisse légère, le thermomètre se maintient soir et matin vers 39,8.

En présence de cette pneumonie aux allures graves, survenant au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, M. Hanot réserve son pronostic, inclinant à penser qu'il s'agissait là d'une de ces formes infectieuses de rhumatisme articulaire qui ont été décrites par Klebs et dont la terminaison est ordinairement fatale. Dans cette pensée, le sang et l'urine furent examinés. L'examen du sang, pratiqué par M. Capitan, fut négatif, et l'urine ne contenait pas d'albumine. L'état général avait peu varié, la malade éprouvait même un peu de mieux, quand, le 7 février au matin, en prenant un bouillon, elle se renversa pâle sur son lit. La religieuse accourut aussitôt et la trouva morte. La syncope avait duré à peine quelques secondes.

*Autopsie.* — Les viscères abdominaux offraient des états variés de congestion. Dans le thorax, épanchement léger à gauche; à droite hépatisation en bloc de tout le poumon. Dans le cœur gauche nulle altération. Dans le cœur droit, caillot ancien, obstruant l'altère pulmonaire; autour de ce caillot, caillots récents noirs distendant les cavités.

L'autopsie, dit M. Valude, nous paraît confirmer l'hypothèse de M. Hanot, et il y a dans l'évolution des symptômes, un caractère infectieux, probablement sous la dépendance d'une altération spéciale du sang, altération qui n'est pas encore bien connue, et qui dans le fait qui nous occupe n'a pas été relevée dans l'examen du liquide sanguin.

Nous avons ici une pneumonie sans lésion de l'endocarde ; presque toujours le pronostic est plus grave dans les cas où le cœur n'est pas atteint, ou quand ce sont les articulations qui restent indemnes ; nous n'avons pas d'expectoration ; une pleurésie survient et disparaît brusquement à gauche. La mort est survenue confirmer les signes trouvés pendant la vie.

#### OBSERVATION IV

Rhumatisme, Pneumonie double. Pleurésie légère. Communiquée par le docteur Trastour (Conception)

Au numéro 17 de la salle Saint-François, entre, le 4 avril 1883, le nommé B.. Pierre, boulanger, âgé de 26 ans. Son enfance a été traversée par de nombreuses maladies (rougeole, scarlatine). Au service militaire, à Toulouse, première atteinte de rhumatisme généralisé, qui nécessita un séjour de 54 jours à l'hôpital ; il fut de plus envoyé faire une saison à Barèges par l'autorité militaire. Pendant le cours de ce rhumatisme, il eut, paraît-il, une pneumonie double et probablement quelque chose au cœur ; le malade se rappelle avoir vu sur son billet : « Rhumatisme avec pneumonie double et péricardite ».

A son arrivée à l'hôpital, on constate du gonflement aux poignets, aux genoux et aux pieds. L'impulsion cardiaque est très vive ; le premier bruit prolongé à la pointe ; il n'y a rien dans la poitrine. La langue est saburrale, l'appétit nul ; il n'y a pas de diarrhée, le pouls est fréquent, la peau très chaude. Traitement, 3 grammes de salicylate de soude.

Le 6, la respiration est gênée ; il y a quelques râles crépitants des deux côtés de la poitrine ; potion avec salicylate

de soude 3 grammes, alternant toutes les heures avec potion 0,40 ipéca.

Le 7, les râles crépitants sont plus fins et plus nombreux; souffle rude à la base, plus marqué à gauche; matité notable à la percussion, conservation des vibrations thoraciques; bronchophonie, pas de crachats rouillés: même traitement, vésicatoire à gauche.

Le 8, dyspnée intense, mêmes signes, éruption confluyente de sudamina sur la poitrine.

Le 11, quelques crachats épais, sanguinolents, toutefois peu nombreux, pas visqueux, ressemblant à des mucosités venues des amygdales.

Le 12 et le 13, mieux notable; la fièvre diminue, l'éruption a disparu, l'appétit revient; au cœur, apparition d'un souffle doux au premier temps et à la pointe.

Le 14, état général meilleur, un peu de diarrhée. A l'auscultation de la poitrine: à droite, râles sonores de bronchite, râles crépitants disséminés, mais à bulles plus grosses; à gauche, souffle plus doux diminuant d'intensité. Il n'y a pas d'égophonie, les vibrations thoraciques sont conservées.

Le 16, état général sensiblement le même, toujours un peu de diarrhée; poitrine à droite comme à gauche, aux deux temps, râles secs analogues à des frottements pleuraux; à gauche, le souffle tubaire a presque disparu.

Les bruits du cœur sont forts, un peu tumultueux; on n'entend plus de souffle.

Le 18, amélioration continue; le malade commence à être alimenté.

Le 21, anhélation; à droite, existe un mélange de frottements pleuraux, de râles sonores et de gros crépitants; la respiration est soufflante au sommet à gauche, les râles persistent mais moins nombreux, il y a un souffle léger à la base; au cœur, battements impulsifs; le premier bruit est sourd.

Le 23, pouls très fréquent, petit, le visage et les mains paraissent bouffis, pas d'albumine dans les urines. Dyspnée,

léger bruit de souffle à la pointe (digitale et morphine associées).

Le 25, pouls toujours précipité, respiration courte. Auscultation pulmonaire à droite: râles sous crépitants, plus fins et plus nombreux à la base, râles plus gros et sibilants au sommet; pas de souffle; à gauche, râles nombreux très fins; à la base, souffle doux; râles sibilants au sommet; conservation des vibrations thoraciques.

Le 27, poumons, à droite: râles sous crépitants fins à la base; frottements, sibilants au sommet; à gauche: souffle doux à la base; un peu d'égophonie, sous crépitants. Tous les tissus, plèvre, parenchyme pulmonaire, bronches, paraissent pris. Cœur: arythmie, pouls bondissant; fluxions articulaires ont diminué.

Le 28, Arythmie cardiaque moins marquée; respiration plus calme; mais du côté des poignets, douleurs plus vives. Le soir, accès violent de dyspnée et dans la nuit frissons et sueur abondante.

Le 29, Orthopnée, douleur très vive sous le sein gauche, impulsion cardiaque très vive; intermittences dans les battements. Premier bruit très sourd; dans la poitrine, frottements pleuraux, à gauche, souffle limité à la base, râles fins au-dessus; au sommet, râles plus gros.

Le 30 avril, à droite et à la base, les frottements pleuraux masquent tout; dans la fosse sous-épineuse, il y a quelques râles sous crépitants à bulles moyennes. A gauche, quelques râles crépitants et un souffle très limité à la base, quelques frottements. Le premier bruit du cœur est soufflant; les poignets et les genoux sont très tuméfiés.

Le 2 mai, à droite, frottements; à gauche, râles plus fins et frottements; le souffle est plus rude et plus intense que les jours précédents au niveau de l'angle de l'omoplate; broncho-égophonie à la base. Conservation des vibrations; expectoration presque nulle, pas colorée; vésicatoire de 10 centim., à gauche.

Le 4, la veille, il y a eu une sudation abondante, la respiration est meilleure, langue saburrale.

Le 5, auscultation de la poitrine ; à droite, frottements, respiration rude au-dessus ; à gauche, souffle plus doux dans la fosse sous-épineuse ; râles sous-crépitaux à la base. Cœur : souffle doux prolongé au premier temps et à la pointe ; souffle plus rude, râpeux au deuxième temps à la base. Pouls vibrant et dépressible.

Le 7, le malade va mieux, il mange davantage. Le souffle pulmonaire a disparu, il reste seulement de la congestion à la base. Les souffles cardiaques persistent.

Le 10 mai. Plus rien dans la poitrine, si ce n'est une légère diminution de murmure vésiculaire aux deux bases, et quelques râles de congestion à droite ; les articulations restent encore douloureuses. Le malade mange la demie.

Cette observation nous montre une pneumonie rhumatismale double, persistant pendant près d'un mois, apparaissant à peu près en même temps que l'endocardite, vers le 10<sup>e</sup> jour du rhumatisme, et donnant lieu à une inflammation de la plèvre, ici sans épanchement ; notons qu'il n'y avait pas de péricardite, et qu'au bout d'un mois les articulations étaient encore douloureuses. Ni toux, ni expectoration ; c'était la deuxième attaque compliquée de pneumonie, ce qui nous fait voir qu'il y a une prédisposition spéciale en jeu dans le développement des localisations.

## OBSERVATION V

Rhumatisme aigu, pneumonie, pleurésie (Communiquée par le Dr Trastour)

G..., Michel, 22 ans, entre le 4 janvier à l'hôpital de la Conception, avec de la fièvre, du gonflement articulaire aux bras, coudes et poignets et aux genoux. Rien au cœur, 3 grammes de salicylate de soude ; la maladie date de deux jours.

Le 5, les épaules et successivement toutes les articulations qui restaient indemnes sont prises à leur tour. Rien au cœur, même traitement.

Le 10, il se développe à gauche une pleuro-pneumonie, souffle intense et très rude, râles crépitants au-dessus dans la fosse sous épineuse. Il existe de la matité avec diminution des vibrations thoraciques, et diminution du murmure vésiculaire, et légère égophonie à la base au même niveau que le souffle ; partout ailleurs la voix est franchement bronchophonique. Pas d'expectoration, rien au cœur.

Les jours suivants, le souffle s'étend de plus en plus, prend un timbre plus fort et plus rude, ressemblant à un souffle caverneux. La matité est la même, mais l'égophonie plus marquée. Les vibrations thoraciques sont diminuées. La température oscille entre 39,6 et 40. Il y a de l'anhélation et un pouls misérable.

Le 18, le souffle paraît plus doux, la matité augmente, les vibrations disparaissent, un épanchement plus abondant est survenu. Il n'y a pas d'expectoration, les râles crépitants ont disparu.

Le 24, souffle léger à la pointe, souffle doux à la base ; on entend de nouveau quelques râles crépitants de retour, assez gros.

Dès le 26, le malade va bien. Les signes stéthoscopiques se

modifient peu à peu. Le souffle fait place à de gros râles humides à la base seulement. La fièvre tombe, les fluxions articulaires elles-mêmes ont disparu. Le malade commence à manger et ne présente plus que les signes d'une débilitation profonde qui le retient dans la salle jusqu'au 7 février, jour où il sort complètement guéri.

Là encore, nous voyons la pneumonie unilatérale survenir le huitième jour de la maladie, mais précédant l'endocardite de près d'une semaine ; il n'y a ni toux, ni expectoration. Un épanchement survient au même moment ; au bout de quelques jours, il augmente ; au bout d'un mois, tout était terminé. Le salycilate donné à trop faibles doses n'a pas préservé les organes viscéraux.

## OBSERVATION VI

Rhumatisme articulaire aigu. Epanchement à gauche. Pneumonie à droite. (Communiquée par le docteur Trastour)

La nommée Marie B..., âgée de cinquante-six ans, cuisinière, est entrée à l'hôpital de la Conception, salle Sainte-Berthe, n° 26, le 11 mai 1882. A quatorze ans, bergère aux environs de Mende, son pays natal, elle fut atteinte d'une attaque de rhumatisme pour laquelle elle fut traitée à l'hôpital de cette ville ; à quinze ans, elle a eu une fièvre typhoïde ; à trente ans, une variole dont elle porte encore les traces. Cuisinière depuis quelques années à Marseille, elle fut prise, le 8 mai, de malaise général ; le 9, survint une douleur accompagnée de gonflement à l'articulation tibio-tarsienne droite ; le 10, la douleur et la tuméfaction gagnent

les articulations des membres supérieurs et, le 11, toutes les grandes articulations des membres; à ce moment, elle se décide à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, on constate de la fièvre, le facies dénote une grande fatigue, la langue est saburrale, perte d'appétit, légère dyspnée. La percussion du cœur ne révèle rien; à l'auscultation, on trouve un très léger bruit de souffle au premier temps et à la pointe; le deuxième bruit, à la base, est un peu éclatant, rien aux poumons. On donne à la malade du salicylate de soude, de la tisane de feuille de frêne et du lait. Le 25 mai, les articulations commencent à se dégager quand on trouva des complications du côté des poumons; en effet, il y a de la matité aux deux bases jusqu'au niveau de la pointe de l'omoplate; cette matité est plus prononcée à gauche; la malade est en proie à une dyspnée intense, elle ne tousse pas, elle ne crache pas. A l'auscultation, à gauche, le murmure vésiculaire n'est pas perçu; les vibrations sont abolies; un peu de souffle et d'égophonie localisés vers la pointe de l'omoplate; à droite, au même niveau et en arrière, on entend des râles sous-crépitaux et des râles crépitaux fins, masqués par un souffle tubaire.

Un vésicatoire est prescrit; les signes stéthoscopiques de droite diminuent rapidement d'intensité; le 2 juin, on ne perçoit plus rien, tandis qu'à gauche l'épanchement persiste plus longtemps; le 15 juin, on percevait à peine le murmure vésiculaire.

La malade sort le 2 juillet; près de deux mois de séjour à l'hôpital.

Ici, nous avons une pneumonie à droite et une pleurésie à gauche, sans qu'il y ait eu péricardite. Les lésions pulmonaires sont survenues près de quinze jours après le début de la maladie et de l'endocardite. Les articulations s'amélioraient à ce moment; aussi, c'est dans ces cas que les épanchements sont

lents à se résorber, quand il ne survient pas de nouvelles poussées articulaires. Les lésions pulmonaires sont probablement restées quelques jours inaperçues, faute d'ausculter la malade. La pneumonie fut légère et de courte durée, sans toux ni crachats caractéristiques. Remarquons que la malade était à sa deuxième attaque, séparée par quarante années de la première ; enfin, comme nous l'avons déjà dit, elle est d'un pays montagneux, loin de Marseille où les habitants sont peu atteints de rhumatisme aigu ; malgré son grand âge, la malade a guéri.

#### OBSERVATION VII

Rhumatisme, Pleurésie à gauche. Pneumonie à droite. (Communiquée par le Docteur Trastour.)

C. . ., Joséphine, âgée de 18 ans, cuisinière, née à Chambéry, entre à l'hôpital de la Conception, salle Ste-Berthe, n° 32, le 30 octobre 1882. Elle est atteinte, depuis 8 jours, de rhumatisme articulaire aigu généralisé. Fièvre vive, langue saburrale, il y a eu un abondant épistaxis, et des sueurs profuses. Les articulations des membres supérieurs et inférieurs sont prises. Un peu de diarrhée.

Le 6 novembre, endo-péricardite qui éclate avec force, dyspnée, frémissement cataire, matité précordiale considérablement accrue, souffle à la pointe. (Digitale, vésicatoires qui se couvrent pendant quelques jours de membranes diphtériques.) L'endo-péricardite n'augmente plus dès le 9.

Déjà, le 7 novembre, la dyspnée était intense, on comptait jusqu'à 60 inspirations par minute. L'état cardiaque ne devait pas être seul incriminé. A la percussion de la paroi thoracique

en arrière, on constate une matité marquée à gauche, remontant jusqu'à l'angle du scapulum, diminution très marquée des vibrations thoraciques ; à l'auscultation souffle doux avec égophonie, il y avait pleurésie à gauche.

À droite, matité marquée surtout au dessus de la pointe de l'omoplate ; légère exagération des vibrations thoraciques ; souffle très rude au niveau du point le plus mat, bronchophonie et râles crépitants autour du foyer soufflant ; pas d'expectoration, pas de toux. Pendant deux jours les phénomènes restent les mêmes à droite, tandis qu'à gauche, l'épanchement et ses signes diminuent rapidement. M. Seux prié par M. Trastour de donner son avis, se range au diagnostic porté dans le service ; pleurésie à gauche ; pneumonie à droite.

Avec les phénomènes viscéraux les plus intenses, avait coïncidé la diminution des phénomènes articulaires ; le 13, les symptômes pulmonaires s'amendent ; le 19, il ne restait qu'un peu de souffle à droite ; le 20, on percevait le murmure vésiculaire presque normal. La guérison complète se fit longtemps attendre à cause de l'état de débilitation du malade.

Ici, nous avons endo-péricardite, survenant au treizième jour de la maladie, et les symptômes pulmonaires suivent de près l'inflammation cardiaque. La pleurésie est à gauche et coïncide avec la péricardite, la pneumonie à droite avec l'endocardite. Rapidité dans la guérison des lésions ; ni toux, ni expectoration ; les symptômes viscéraux pouvaient être prévus, nous avons épistaxis, sueurs profuses, diarrhée, etc.

## OBSERVATION VIII

Rhumatisme, congestion pulmonaire, pleurésie droite. (Communiquée  
par le D<sup>r</sup> Trastour.)

B..., Marie, 28 ans, domestique, est prise de douleurs aux épaules le 20 octobre 1882, et entre à l'hôpital de la Conception, salle Sainte-Berthe, numéro 11, le 4 novembre.

C'est sa première attaque de rhumatisme, les genoux et les épaules sont seuls atteints.

Le 9 novembre, douleur vive de la paroi thoracique à gauche; rien à l'auscultation, si ce n'est un peu de diminution du murmure vésiculaire. Le lendemain, 10 novembre, souffle rude, au milieu du thorax, entouré de sous-crépitaux fins; à droite: râles de congestion très nombreux. La malade récalcitrante ne se laisse pas examiner tous les jours.

Le 13, douleurs à droite, on constate un épanchement assez considérable, avec souffle doux et égophonie; les râles que l'on percevait trois jours avant, sont refoulés en haut et plus fins. À gauche, le noyau soufflant a disparu.

Le 17, la malade, qui est dans un état de dyspnée intense depuis le 15, se plaint d'une nouvelle douleur très forte du côté gauche; elle ne veut se laisser ausculter en arrière; en avant, on constate un léger épanchement dans le péricarde, et un souffle au premier temps à la pointe.

Le 18 au soir, la dyspnée a diminué; le 19 au matin, la malade se sent mieux du côté des articulations; on peut l'ausculter. L'épanchement de droite est bien diminué; à gauche, sous l'aiselle, une fusillade de véritables crépitaux; pas de souffle, légère bronchophonie. Congestion généralisée. Toujours pas d'expectoration sensible. (Vésicatoires, ipéca.)

Le 22, grande amélioration, plus rien aux jointures;

la congestion pulmonaire persite encore jusqu'à la fin du mois.

Nous avons un rhumatisme articulaire durant un mois, s'accompagnant de congestion généralisée et de pleurésie à droite. La congestion est allée jusqu'à l'hépatisation, puisqu'il y a eu souffle et crépitations dans certains points à gauche et à droite; la pleurésie a occupé la plèvre droite, ce qui est rare; l'état cardiaque a coïncidé avec les phénomènes pulmonaires qui ont précédé de quelques jours; l'épanchement pulmonaire a disparu avec rapidité, en moins de huit jours; tandis que la congestion pulmonaire a persisté pendant trois semaines.

#### OBSERVATION IX

Rhumatisme, pleuro-pneumonie gauche, congestion à droite. (Communiquée par le Dr Trastour.)

S..., journalier, 46 ans, malade depuis le 15 octobre, entre à l'hôpital de la Conception, salle Saint-Charles, n° 19, le 18 octobre. Presque toutes les articulations sont prises. A son arrivée, péricardite très-prononcée, épanchement considérable indiqué par la matité, le souffle prolongé, l'éloignement des bruits du cœur. Le 22, de la péricardite il ne reste qu'un léger bruit de frottement, mais, en arrière, on constate des phénomènes indiquant une pleuro-pneumonie. A gauche surtout, ce fut très-marqué; à la base, une couche de liquide, indiquée par une matité de 4 centimètres de hauteur; à ce niveau, défaut des vibrations; au-dessus souffle et égophonie.

Le 25, l'épanchement a augmenté; au-dessus, on perçoit

des râles de congestion très-abondants ; puis au niveau de la pointe de l'omoplate, un peu en dehors vers l'aisselle, second souffle, plus rude et profond, entouré de quelques râles crépitants ; les vibrations sont conservées à ce niveau. C'est bien un foyer pneumonique ; on aurait pu croire à la présence de ce souffle dû au refoulement du poumon par l'épanchement ; mais outre que le liquide n'était pas en assez grande abondance pour provoquer un refoulement capable de donner du souffle, ce n'est pas sous l'aisselle que se fut produit ce souffle, mais bien plutôt vers la gouttière vertébrale. Du côté droit, nous ne pûmes constater que de la congestion bien qu'assez intense. En trois jours, les phénomènes pleurétiques disparurent, tandis que les râles crépitants persistèrent plus longtemps, ce qui prouve encore que le travail inflammatoire n'avait pas été le même, et qu'en haut, il avait frappé le parenchyme.

Très-long à se remettre, le malade eut sa convalescence interrompue par des poussées successives dans les articulations supérieures : vertèbres, sternum, clavicule, mais rien de nouveau du côté du poumon.

Nous avons ici des accidents pulmonaires le 7<sup>me</sup> jour de l'attaque, une pleuro-pneumonie et de la congestion, précédés d'une péricardite intense ; au moment où la péricardite cesse, la plèvre gauche, et les deux poumons se prennent, la pleurésie diminue rapidement, tandis que les symptômes de congestion sont plus persistants ; toujours pas d'expectoration.

## OBSERVATION X

Rhumatisme, pleurésie à droite, congestion pulmonaire. (Communiquée par le Dr Trastour.)

A..., Marie, journalière, âgée de 30 ans, entre à la Conception, salle Ste-Berthe, n° 13, le 21 octobre 1882, avec gonflement et fortes douleurs des articulations tibio-tarsienne et tarso-métatarsienne des deux côtés; appareil fébrile peu prononcé; 4 grammes salicylate de soude. Rien au cœur ni au poumon.

Le 9 novembre, les articulations étaient à peu près guéries, aubout de 18 jours quand, le soir, la malade ressentit une vive douleur du côté droit. A l'auscultation, simple diminution du murmure vésiculaire, la malade immobilise les muscles des thorax, la pression des espaces intercostaux, septième et huitième, est très douloureuse.

Le 10, il se forme un épanchement à la base droite; matité, abolition des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire.

Le 11 au matin, les signes thoraciques avaient disparu, mais les pieds étaient de nouveau gonflés et douloureux.

Le 14 au matin, les pieds se sont dégagés, mais aujourd'hui, la malade tousse et se plaint à nouveau de son côté droit; à l'auscultation, on trouve un épanchement peu abondant; de la matité, au-dessus de laquelle on constate un souffle doux, et un peu d'égophonie; le 15, le souffle paraît plus rude, la matité est moins accusée, mais il y a autour de la zone soufflante des râles sous-crépitaux fins; la toux n'est pas celle de la pleurésie pure. Il y a autre chose que de la fluxion pleurale; la voix est devenue bronchophonique.

Le 18, il reste à peine quelques râles disséminés. Etat général excellent.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Ici, la pleurésie est à droite, ce qui n'est pas ordinaire, elle n'est pas précédée de péricardite; les manifestations pleurales surviennent au moment où cesse la fluxion articulaire; pendant plusieurs jours les signes thoraciques ont disparu, mais les arthropathies reviennent à un état aigu; nous avons un balancement entre les phénomènes. Notons enfin que la paroi aponévrotique costale a été prise la première, la plèvre a suivi et enfin la zone pulmonaire voisine. Il y a eu des phénomènes pleuro-pulmonaires dans un rhumatisme peu intense, localisé, et sans qu'il y est rien eu du côté du cœur, ce qui est rare.

#### OBSERVATION XI

Rhumatisme, péricardite, épanchement pleurétique double. (Communiquée par le Dr Trastour.)

Le nommé Martin M..., âgé de 18 ans, garçon d'hôtel, est entré à l'hôpital de la Conception, salle Saint-Charles, n° 24, le 17 mai 1882. L'hiver dernier, ce malade a eu des poussées rhumatismales dans l'épaule droite, il n'avait rien eu au cœur. Cet homme, qui sert à table, à l'hôtel du Louvre, est sujet aux changements brusques de température. Il a été pris, le 14 mai, d'une douleur au pied gauche, suivie le lendemain, du gonflement de tout le pied; le 15 mai, le genou de l'autre côté a commencé à se prendre, et lorsqu'il est entré, le 17, les deux genoux et le pied gauche étaient atteints d'arthrite rhumatismale. Il avait perdu l'appétit, sa langue était sabur-

rale. Le 20, la main gauche puis l'épaule se prennent ; le 22, la main et l'épaule droite.

A ce moment, la percussion du cœur permet de constater une matité plus étendue qu'à l'état ordinaire ; on trouve un souffle assez doux à la pointe, au premier temps ; et un autre souffle plus rude à la base ne se propageant pas dans les vaisseaux du cou ; bientôt on entend un véritable frottement, un bruit de va-et-vient indiquant une exsudation plastique sèche des deux feuillets ; on applique deux vésicatoires à la région précordiale et les premiers jours de juin le frottement avait disparu, il ne restait plus qu'un souffle doux au premier temps et à la pointe.

Jusque-là, c'est-à-dire pendant seize jours, les voies respiratoires n'avaient présenté rien de particulier, lorsque l'on trouva de la matité aux deux bases, surtout à droite. Il y avait absence du murmure vésiculaire des deux côtés, bruit de souffle plus marqué à droite et de l'égophonie vers l'angle inférieur de l'omoplate. Un vésicatoire est alors appliqué, l'épanchement se résorbe rapidement, à gauche, en cinq jours ; à droite, il persiste encore jusqu'au 10 juin. Le malade commence à se lever le 12 et peut être considéré comme guéri.

Nous voyons ici un épanchement double se produire à la suite de la péricardite rhumatismale et n'être constaté que par hasard, tellement les signes rationnels étaient peu intenses ; ni dyspnée, ni douleurs, ni toux, ni expectoration pouvant faire présumer qu'un épanchement se fût produit dans les plèvres. La guérison survient en moins d'un mois.

## OBSERVATION XII

Pneumonie dépendant du rhumatisme (D<sup>r</sup> Metzquer,  
*France médicale*. Résumée).

Le 1<sup>er</sup> mai 1882, je suis appelé à donner mes soins à M. Ch. de Bilain, âgé de 23 ans, pas de maladies antérieures,

rien de suspect dans l'hérédité. Il est sobre, d'une bonne constitution, n'a jamais eu d'accidents rhumatismaux. Le samedi, 29 avril, après son travail, a ressenti un léger frisson le soir. Le lendemain matin, à sept heures, frisson unique, très violent, point de côté à droite, oppression, crachats rouillés. Céphalalgie très vive, pouls 125; temp. 39-2, langue saburrale. Percussion : submatité à droite au niveau de la fosse sous-épineuse dans un espace de 12 centimètres carrés. Rien au sommet ni sous l'aisselle. Auscultation : râles crépitants mêlés de souffle doux, correspondant exactement à la région mate. Pas d'égophonie. Diagnostic : pneumonie franche. Traitement : vésicatoires, potion stibiée. Le mardi soir, le pouls est à 90, température 38; les phénomènes stéthoscopiques ont entièrement disparu : on ne perçoit ni râles ni souffle. Il n'existe plus d'oppression, le point de côté a cédé. Dans la nuit de mardi à mercredi : céphalalgie, épistaxis, douleurs de ventre; le mercredi, demie stupeur, épistaxis, délire; les accidents pulmonaires ont disparu; le jeudi, état grave, facies typhique. Dans la nuit de samedi au dimanche, retour du point de côté, de l'oppression, de la toux, crachats rouillés; dans la fosse sous épineuse droite, râles crépitants, fins, mêlés de souffle, l'état est le même que le 1<sup>er</sup> mai. Le lendemain soir, disparition complète des râles et du souffle, ni crachats ni oppression, pouls 80, temp. 37-9. Les jours suivants délire, on perçoit un bruit de souffle au 1<sup>er</sup> temps et à la pointe.

Le 17, le coma recommence, mouvements du bras et jambe droits difficiles, diagnostic, embolies cérébrales.

Le 22, douleur et gonflement de la rate, embolies spléniques.

J'explore à nouveau les articulations, et par une investigation minutieuse, je découvre enfin, au niveau de l'interligne articulaire des genoux, un point douloureux. J'y fais appliquer des sinapismes; le lendemain, la douleur augmente. Les genoux sont le siège de rougeur et de gonflement. Tout mouvement de l'articulation développe chez la malade une

vive souffrance. Le bruit du souffle cardiaque diminue. Puls à 90 ; temp. 38.

A partir de ce moment, tous les symptômes s'amélioraient et, le 15 juin, le malade entrait en pleine convalescence. Aujourd'hui, la guérison est consolidée ; les forces sont revenues, et ce jeune homme ne conserve que le souvenir des scènes morbides qui se sont produites.

Doit-on rendre le rhumatisme responsable de ce qui s'est passé ? La diversité des lésions, la brusquerie de cette affection sautant d'un organe à l'autre, la rapidité dans le résultat obtenu, indiquaient dès le début que j'avais à compter avec la cause rhumastimale. En effet, lorsqu'on voit des pneumonies disparaître en deux jours, on a grande chance de trouver la cause que j'indique. La pneumonie a été le premier signe par lequel le rhumatisme a fait éruption dans l'organisme ; il y a eu véritable pneumonie, à deux reprises ; l'endocardite a également précédé les manifestations articulaires ; aussitôt l'arthrite parue, les accidents ont cessé. Il semble que le rhumatisme égaré sur différents organes qui, en général, ne sont atteints que secondairement, ait de la peine à trouver son lieu d'élection habituel.

### OBSERVATION XIII

Rhumatisme articulaire aigu, pleurésie double ; endo-péricardite  
(D<sup>r</sup> Seux).

Une jeune femme de 30 ans entre à l'Hôtel-Dieu pour un rhumatisme articulaire aigu généralisé. Au bout de quelques jours, les articulations sont brusquement dégagées ; mais en même temps, survient une pleurésie à gauche. Le lendemain, la plèvre gauche ne présente plus aucun signe de l'épanchement constaté la veille ; ce dernier a passé du côté droit. Très rapidement cette deuxième pleurésie disparaît à son tour, mais alors le cœur se prend et offre tous les signes d'une endopéricardite avec bruit de souffle au premier temps. Cette dernière maladie est bientôt suivie de l'apparition d'une ascite. Pendant tout le temps que dura cette singulière évolution, les douleurs articulaires avaient disparu. Le médecin dans le service duquel se trouvait la malade, surpris par des changements aussi brusques et tout à fait imprévus n'avait pas le temps, on peut le dire, de combattre une affection morbide ; à peine apparue, celle-ci se dérobaient en prenant une autre forme. La nécessité de rappeler l'affection articulaire s'imposait cependant de la façon la plus évidente. De nombreux vésicatoires furent appliqués sur les principales articulations. Le rhumatisme se montra de nouveau, en même temps l'ascite disparut. Le cœur se dégagea à son tour. Bref, au bout d'un mois de séjour à l'hôpital, la malade sortait complètement guérie, ne conservant ni dans les articulations, ni dans l'abdomen, ni dans les plèvres, ni même au cœur, la moindre trace des lésions dont ces divers organes avaient été le siège.

## OBSERVATION XIV

Rhumatisme, pleurésie double (D<sup>r</sup> Seux)

Torny Augustin, âgé de 20 ans, né à Bourbon, entre à l'Hôtel-Dieu le 5 juin 1875. Il est atteint de rhumatisme articulaire aigu. L'affection suit son cours normal avec des alternatives diverses de poussée et de rémission. Une nouvelle poussée survient le 20 juillet ; le 25 Torny se plaint d'une douleur dans le côté gauche, d'une suffocation intense et manifeste. L'auscultation révèle l'existence d'une pleurésie à gauche. Le cœur est toujours intact. Deux vésicatoires sont appliqués sur le point malade. Dix jours après le début de la pleurésie, les signes stéthoscopiques avaient presque complètement disparu ; mais à cette date, un épanchement nouveau se forme et celui-ci du côté droit. Ce dernier demanda pour disparaître un temps beaucoup plus long que le premier. Les articulations restaient un peu douloureuses et raides. Trois vésicatoires et de nombreuses applications de teinture d'iode furent nécessaires pour déterminer la résorption complète de ce dernier épanchement. Un mois après le début de la deuxième pleurésie, le malade ne conservait plus qu'un peu d'obscurité vésiculaire en arrière et à droite. Le rhumatisme passait à l'état chronique. Torny ne peut quitter l'Hôtel-Dieu que dans le courant du mois d'octobre.

Nous avons ici deux cas de pleurésie sans que le cœur ait été atteint dans la deuxième observation ; dans la première, il n'a été atteint qu'en dernier lieu ; dans ce cas, l'épanchement passe de gauche à droite ; mais tandis que chez la femme elle se résorbe rapidement, chez Torny la pleurésie est lente à dis-

paraître, il n'y avait rien au cœur. M. Seux, en citant ces deux observations, fait remarquer le caractère de bascule entre les deux plèvres ; la soudaineté de l'invasion et la rapidité de la disparition dans le premier cas. Le processus est identique à celui qui se produit sur les jointures ; on peut assimiler les plèvres aux articulations.

#### OBSERVATION XV (1)

Lès, âgée de 9 ans 1/2. Rhumatisme articulaire, endocardite. Amélioration, convalescence. Six semaines plus tard, péricardite, et le lendemain pleurésie gauche ; un mois plus tard mort subite.

#### OBSERVATION XVI

Renevey, âgée de 12 ans 1/2. Endopéricardite d'emblée à l'entrée, le 4 janvier 1865. Pleurésie gauche, le 7 ; pleurésie droite, le 9. Ces complications mirent en danger la petite malade. Pas de douleurs articulaires. Elle quitte l'hôpital avec une lésion cardiaque. Elle rentre en avril avec un rhumatisme des doigts ; elle succombe le 22 novembre.

#### OBSERVATION XVII

Ramazella, âgée de 14 ans, entre le 30 janvier 1865, pour une première attaque de rhumatisme articulaire aigu. Début,

(1) Les observations de xv à xxii sont résumées du Dr Roger.

il y a deux ou trois jours sans cause connue. Dès l'arrivée de la malade on avait pu constater l'existence d'une péricardite. Trois jours plus tard, pleurésie double. La malade revient rapidement à la santé, mais le 19 février, nouvel accès de fièvre avec retour d'un épanchement dans les deux plèvres, considérable surtout à gauche. Ces pleurésies se terminèrent par résolution ; le 1<sup>er</sup> mars il n'en restait plus trace, et au bout d'un mois, la malade partit guérie.

#### OBSERVATION XVIII

Tellier (Catherine), 10 ans, souffrant depuis quelques jours de douleurs articulaires aux membres inférieurs, avec fièvre, entre le 17 janvier 1865. Dès le deuxième jour de l'entrée, endo-péricardite, et deux jours plus tard, pleurésie double avec un épanchement qui, en 48 heures, occupe la moitié inférieure des deux plèvres. Huit jours après, il n'en restait aucune trace. Au bout de trois semaines, léger accès de fièvre avec épanchement peu abondant de la plèvre gauche lequel se resorbe en quelques jours.

#### OBSERVATION XIX

Bachel (Gustave), 14 ans, entre le 20 avril 1865. Douleurs articulaires avec fièvre légère qui disparurent en quelques jours. Mais en même temps, il se plaignit d'une gêne notable de la respiration et de douleurs cardiaques. 92 respirations, pleurésie double, péricardite avec épanchement. Quinze jours après l'entrée, la pleurésie double était guérie. Affection du cœur à la sortie.

#### OBSERVATION XX

Laurent (Victor), 14 ans, entre le 7 janvier 1864. Rhumatisme polyarticulaire aigu qui s'améliore assez vite, mais trois jours plus tard se complique d'une péricardite avec épanchement. Celui-ci diminue en même temps que reprend le rhumatisme ; une pleurésie double apparaît le 18 janvier ; l'épanchement pleural puis l'épanchement péricardique, diminuent. Chorée. L'enfant sort le 13 mars.

#### OBSERVATION XXI

Cartera (Marie), 12 ans. Chorée. Affection organique du cœur. Depuis un mois, rhumatisme articulaire aigu. Quelque temps après l'entrée, endopéricardite et épanchement pleurétique gauche.

#### OBSERVATION XXII

Watlier (Pauline), 13 ans. Rhumatisme polyarticulaire. Endocardite, péricardite, pleuro-pneumonie à droite, puis pleurésie gauche.

#### OBSERVATION XXIII

Rhumatisme, pneumonie double, endocardite, hémoptysie, gastralgie  
(personnelle)

Au n° 10 de la salle Ste-Berthe, entre, le 1<sup>er</sup> janvier 1883, la nommée Marie C.... Cette jeune fille, âgée de 23 ans,

native d'Aubenas (Ardèche), d'un tempérament lymphatique, blonde, était à Marseille depuis 6 mois quand elle tomba malade. Elle n'avait, dit-elle, aucune maladie antérieure, rien à noter du côté de l'hérédité. Depuis quelques jours, elle sentait ses forces diminuer (elle avait un travail très pénible) et avait perdu l'appétit. Ses règles, toujours régulières depuis 14 ans, avaient manqué le mois dernier. A son arrivée à l'hôpital de la Conception, elle se plaignit de douleurs précordiales et de douleurs vagues dans les membres, surtout du côté droit ; il n'y avait cependant ni douleur à la pression, ni tuméfaction ; et les mouvements n'étaient pas douloureux ; au cœur, nous ne perçumes rien d'anormal. En outre, il existait quelques râles sibilants et ronflants en petit nombre disséminés dans la poitrine, et une légère exsudation des muqueuses nasales et bronchiques. Il y a 3 jours, le 29 décembre, la malade avait eu un épistaxis abondant. La température atteignait 39° 5, le pouls petit et irrégulier était à 95°, la dyspnée était excessive, et les symptômes observés ne suffisaient pas pour nous expliquer un état général semblable ; la langue était sèche, saburrale, il y avait un peu de diarrhée. Souvent, surtout la nuit, la malade, privée de sommeil et souffrant d'une vive céphalalgie suait abondamment.

Le 3 janvier, tous ces symptômes, diminuèrent d'intensité en même temps que les règles apparaissaient après un retard de 15 jours.

Le 4 au matin, nous trouvâmes le poignet gauche douloureux, gonflé, sans que la malade pût le remuer ; le soir, le genou du même côté était pris ; 5 grammes de salicylate de soude.

Le 5, ce fut le tour des articulations tibio-tarsiennes des deux côtés, de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'orteil médian, et en outre une vive douleur augmentée par la pression sur tout le trajet des deux nerfs sciatiques ; rachialgie.

Le 6, apparaît un souffle rude au 1<sup>er</sup> temps et à la pointe, précédant un peu la systole ; on place un vésicatoire à la région précordiale.

Le 7, les douleurs dans les articulations continuent, le bras droit se prend.

Le 10, la dyspnée augmente, la jeune fille se plaint d'une douleur violente au côté droit; les articulations sont toujours gonflées et douloureuses; si on ausculte la malade, ce qui est assez difficile, on constate à la base du poulmon gauche un souffle rude et de nombreux râles crépitants; Le 11, la malade vomit à plusieurs reprises, son expectoration assez abondante est couleur jus de pruneaux.

Les jours suivants, la pneumonie gagne tout le poulmon depuis la base jusqu'au sommet; la cavité buccale est envahie par le muguet; la malade est très-faible, et une terminaison fatale paraît prochaine.

Le 16 janvier, il y a une amélioration dans l'état des jointures, la malade se laisse ausculter, on trouve toujours des râles crépitants dans la poitrine, mais le souffle a presque disparu, la voix est bronchophonique, la faiblesse est très grande.

Le 18, les jointures sont presque guéries, on n'entend plus dans la poitrine que quelques râles sous-crépitaats de retour, au sommet, principalement.

Le 19, plus rien à droite, mais au sommet gauche, souffle tubaire, violente douleur, la toux et les crachats rouillés ont reparu, la dyspnée est extrême; deux vésicatoires.

Le 22, les deux genoux sont de nouveau gonflés et douloureux ainsi que les autres articulations; la malade pousse des cris quand on veut l'asseoir sur son lit; on entend des râles crépitants presque jusqu'à la base de la poitrine du côté droit, qui donne à la percussion de la matité dans toute sa hauteur; un peu de liquide existe à la base.

Les 26, 27, et 28, la malade a de violentes crises de gastralgie; vésicatoire, opium.

Le 1<sup>er</sup> février, la malade se sent mieux, plus de dyspnée; elle demande à manger, on la met au régime lacté, l'amélioration continue jusqu'au 11 février, les jointures sont dégagées, les poulmons libres, il n'y a qu'une grande faiblesse et

une pâleur excessive, ainsi qu'un souffle à la pointe qui persiste.

Le 11 février survient une hémoptysie, un grand verre de sang rutilant, l'hémorrhagie se reproduit tous les jours jusqu'au 15 février, malgré l'ergotine à haute dose; légère congestion pulmonaire.

Le 20 février, la malade demande à se lever, on le lui permet le 23, elle marche péniblement; elle a conservé une raideur dans les doigts des deux côtés, elle ne peut mettre la main dans l'extension complète.

Le 5 mars, la malade est bien, quoique toujours très faible.

Le 10 mars, elle a ses règles qui avaient manqué le mois précédent.

Le 1<sup>er</sup> avril, elle quitte l'hôpital, conservant les traces de son endocardite et des déformations dans les doigts des deux mains, principalement à gauche.

Cette observation nous montre une rhumatisante, malade avec fièvre, pendant huit jours avant que le rhumatisme se manifeste sur les articulations, et dans un état grave, pouvant faire croire à une fièvre typhoïde: épistaxis, sueurs, diarrhée; l'endocarde se prend deux jours après les articulations, le poumon droit six jours après et quatre jours après l'endocarde, les articulations sont toujours douloureuses; la pneumonie marche de la base au sommet, c'est une pneumonie typique, aucun signe ne fait défaut; au bout de neuf jours l'hépatisation passe du côté gauche et dure de ce côté jusqu'au 1<sup>er</sup> février, une exacerbation se manifeste, en même temps, du côté des jointures. Survient ensuite une hémoptysie et un peu de congestion pulmonaire. Le malade ne sort

qu'au bout de trois mois et encore dans un état grave vu son endocardite et son rhumatisme persistant sur les petites jointures à l'état chronique.

Le salicylate n'a pas empêché ici le développement de l'inflammation de l'endocarde ni du poumon, quoiqu'il ait été donné à 5 grammes dès que les articulations ont été prises; mais ici la malade était en puissance de rhumatisme depuis huit jours avant qu'il y ait eu aucune manifestation et l'intoxication était déjà complète quand le remède spécifique a été donné; or, tous les auteurs sont d'accord à dire que les composés salicyliques n'agissent avec rapidité que s'ils sont pris dès le début, ce qui n'était pas possible dans le cas présent.

#### OBSERVATION XXIV

Pneumonie double, endocardite, rhumatisme (personnelle).

Virginie D... entre, le 23 janvier 1883, à l'hôpital de la Conception, salle Sainte-Berthe, n° 20. Cette femme, native de Briançon, est âgée de 32 ans; elle habite Marseille depuis 12 ans. Elle a eu la variole à 8 ans et à 10 ans une attaque de rhumatisme, et une seconde, plus légère, à 18. Depuis son séjour à Marseille où elle a appris le métier de repasseuse, elle s'est toujours bien portée et ne conservait que des palpitations datant de ses attaques rhumatismales antérieures. A son arrivée, le 23 janvier, elle se plaint d'une douleur au côté droit et de toux sans expectoration; nous constatons une pneumonie, des râles crépitants du souffle bronchique, de la matité à la percussion, une augmentation des vibrations

thoraciques; sous l'influence de cet accident, les palpitations redoublèrent, mais on n'entendait aucun bruit de souffle du côté du cœur; la pneumonie ne se résolut pas complètement, le souffle persistant à la base droite, et le 12 février nous constatons une nouvelle pneumonie du côté gauche; dans toute l'étendue du poumon droit, excepté au sommet, les signes persistaient; le 15 février, les genoux se tuméfièrent et devinrent douloureux; la malade mourut le 17; il ne nous fut pas possible de faire l'autopsie.

Ici, nous voyons la pneumonie précéder l'arthrite de près d'un mois, prendre les deux poumons, l'un après l'autre, pas de toux, pas d'expectoration; nous croyons bien être en droit de considérer ces deux pneumonies comme de nature rhumatismale. La lésion cardiaque ancienne a précipité la mort.

#### OBSERVATION XXV

Rhumatisme. Pneumonie rhumatismale double. Endocardite. Mort.  
(Personnelle)

Le samedi 17 février 1883, entre à l'hôpital de la Conception, salle Ste-Julie, dans le service de M. le professeur Nicolas Duranty, le nommé C. Louis, né à Hérisson (Allier).

Ce jeune homme de 22 ans est couché au n° 14 de la salle; il exerce la profession de charpentier et n'habite Marseille que depuis 2 mois et demi. La mère a eu des douleurs rhumatismales, quant à lui il n'avait jamais été malade.

Lundi dernier 10 février, il ressentit des douleurs dans les jointures; à son arrivée, l'épaule droite est douloureuse, les articulations tibio-tarsiennes sont un peu tuméfiées; la fièvre n'est pas très intense; 38,5 le soir, 37,5 le matin, la langue

est recouverte d'un léger enduit blanchâtre. Rien au cœur, ni au poumon; salicylate de soude, 5 grammes.

Le 20 février, trois jours après son entrée, se déclare une endocardite

Le 21 février, la dyspnée augmente, le malade toussant est ausculté; on lui trouve de la submatité à la base droite, un souffle un peu doux et des râles crépitants en petit nombre.

Le 23, plus rien à gauche du côté du poumon, mais du côté droit existe un vive douleur, un souffle rude, quelques râles crépitants dans toute l'étendue du poumon. Température 41.

Le 28, quelques râles de retour, plus de souffle; il n'y a jamais eu d'expectoration, le malade se sent mieux.

Le 2 mars, 40° le matin, il n'y a plus rien du côté des voies pulmonaires; mais une nouvelle poussée se forme du côté de l'endocarde et des articulations tout à la fois.

Le malade meurt le 3 mars subitement.

Ici, nous voyons un rhumatisme d'abord peu intense, fixé sur les articulations, prendre à la fois l'endocarde et le poumon droit, puis passer le lendemain du côté gauche et y persister quelques jours; le malade guérit de sa lésion pulmonaire, mais une nouvelle poussée sur le cœur et les articulations détermine la mort. Remarquons ici l'influence de l'hérédité, de l'acclimatation, de l'âge et de la profession.

#### OBSERVATION XXVI

Rhumatisme. Pleurésie double. Endo-péricardie. (Personnelle.)

Le 13 décembre 1883 entre, à l'hôpital de la Conception, salle Saint-Paul, n° 14, le nommé T ... (Joseph), âgé de

21 ans, journalier, né à Piosasco (Italie). C'est la première fois qu'il a des rhumatismes, ses parents n'en ont jamais eu. Actuellement, il n'est malade que depuis deux jours.

Les articulations tibio-tarsiennes sont gonflées et douloureuses ainsi que les deux poignets; le malade vomit depuis le début de sa maladie, a de la diarrhée, de la céphalalgie. Presque tous les jours il a plusieurs épistaxis abondantes, et des crachats sanguinolents, la langue est sale, sèche, fuliginosité; léger délire tranquille, surtout la nuit: adynamie profonde. Rien au cœur ni aux poumons. Température 40°2, pouls 130°, 5 grammes de salicylate de soude.

Le 15. Endocardite, souffle systolique à la pointe.

Le 16. Matité, souffle prolongé ayant son maximum à gauche du sternum au troisième espace intercostal, bruit de cuir neuf (digitale, poudre Dower, quinine et lait).

Le 22. Amélioration marquée des symptômes articulaires et cardiaques. Le malade est dans un état de faiblesse extrême.

Le 28. Douleur au côté droit; on trouve un épanchement à la base, matité dans une étendue de 5 centimètres, souffle doux, égophonie, vésicatoire.

Le 2 janvier. Épanchement à gauche, hauteur de quatre doigts, matité, absence de vibrations, souffle doux, broncho-égophonie. Le soir, injection de pilocarpine qui amène une transpiration abondante.

Le 3. L'épanchement augmente à gauche, il arrive jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate; pouls; 110 petit, dicrote; le soir, injection de pilocarpine.

Le 4. Épanchements persistants. Le péricarde paraît s'améliorer, frottement au troisième espace intercostal, matité considérable à la pointe du cœur; injection de pilocarpine.

Le 5. L'épanchement à gauche a diminué; sudation abondante; le souffle pleurétique a fait place au murmure vésiculaire.

Le 6. Même état local, chiendent nitré; poudre Dower 0,50 cent.

Le 7. A droite, l'épanchement persiste; matité absolue dans les 2/3 inférieurs, absence de vibrations; souffle persistant.

Le 9. La matité diminue des deux côtés; à droite, on entend la respiration dans les 2/3 supérieurs. Au cœur, léger souffle à la pointe.

A gauche, submatité; on entend le murmure vésiculaire mêlé à quelques râles congestifs.

Le 15. La matité précordiale a presque disparu, ainsi que le souffle de la pointe. Plus de liquide dans les plèvres, la respiration est à peu près normale.

Le 18. Etat général satisfaisant; le malade sort le 2 février.

#### OBSERVATION XXVII

Bronchite. Péricardite. Pleurésie gauche.

(Service du Dr Villars. Clinique médicale.)

Au numéro 28 de la salle Ducros entra, le 31 janvier 1884, le nommé Joseph E. . . ., Italien âgé de 16 ans, exerçant la profession de tuilier. Ce jeune homme a eu, il y a un an et demi, une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui le retint malade pendant près de huit mois, et qui lui a laissé des palpitations.

Il a pris froid, dit-il, il y a trois jours et a ressenti des douleurs dans les genoux et les pieds, douleurs disparues aujourd'hui.

Nous constatons, le soir à son arrivée, une dyspnée intense, une langue un peu blanchâtre, température 38,2, un œdème localisé à la face et aux membres inférieurs, le pouls plein et fort, pas de souffle, exagération des bruits valvulaires et du choc précordial, matité cardiaque un peu étendue, pointe abaissée. Du côté des poumons, râles ronflants et sibilants dans toute l'étendue des deux poumons, sous-

crépitants fins aux deux bases, un peu de submatité; vu l'œdème de la face, nous pensâmes tout d'abord à une néphrite, mais l'examen des urines sans albumine, chargées d'urates nous fit rejeter cette opinion. Dilatation et hypertrophie cardiaques.

Le lendemain matin, 1<sup>er</sup> février, notre chef de service, M. le professeur Villard, diagnostiqua une péricardite avec bruit de frottement. Les docteurs, les étudiants et les élèves du service qui suivaient la visite, mirent en doute ce diagnostic : en effet, le pouls était très régulier, aucune intermittence, le sphygmographe ne révélait rien d'anormal, les bruits du cœur étaient nettement perçus, et le frottement péricardique restait imperceptible pour la plupart; vésicatoire sur le cœur.

Les jours suivants, l'état général restait le même; dyspnée intense; mais les râles devinrent plus humides et il se montra une expectoration muqueuse, aérée, puis muco-purulente; il y avait bien une bronchite intense: deux vésicatoires en arrière; alcool, toniques. M. le professeur Villars, le 4 février, ne percevant plus aucun bruit anormal du côté du péricarde, diagnostiqua une bronchite généralisée.

La dyspnée était toujours intense, notre ami le D<sup>r</sup> Boy, nous fit remarquer que cette bronchite et ces phénomènes étaient peut-être de nature rhumatismale, la courbe thermométrique, irrégulière, à grandes oscillations et les antécédents du malade nous faisaient incliner vers cette opinion sans l'adopter pleinement, quand le 11 février le malade mourut subitement en voulant descendre de son lit.

*Autopsie.* — Cœur hypertrophié, 700 grammes; traces d'endocardite ancienne généralisée du côté gauche, épaissement des valvules; endocardite récente localisée surtout à l'oreillette droite très dilatée. Du côté du péricarde, épanchement d'environ 50 grammes, épaissement des deux faces et dans toute leur étendue, véritables villosités; ce sont bien les deux tartines de beurre brusquement séparées.

Du côté des poumons, du côté droit congestion intense; du

côté gauche le poumon est refoulé en haut et en dedans par un épanchement de 3 litres d'un liquide citrin ; fausses membranes, peu d'adhérences.

Hyperhémie des organes abdominaux.

Nous voyons un exemple de rhumatisme se manifestant à peine du côté des articulations jusqu'à l'entrée du malade ; il n'y avait plus de douleurs articulaires. Le péricarde, puis les bronches se prennent. Ici, ce qui fut remarquable, c'est la difficulté du diagnostic de la péricardite et de la nature rhumatismale de ces symptômes, la bronchite seule est très rare. Enfin, la pleurésie gauche n'avait pas été perçue, il est vrai que l'examen fatiguait énormément le malade et augmentait sa dyspnée, ce qui fait que deux jours avant sa mort, il n'avait pas été ausculté.

Nous croyons en face des lésions constatées à l'autopsie et des antécédents du malade pouvoir affirmer la nature rhumatismale de son affection, ce que nous n'avions osé faire pendant la vie.

En présence de tous ces faits, nous croyons être en droit de poser les conclusions suivantes.

## CONCLUSIONS

1° Le rhumatisme fébrile articulaire serait mieux désigné sous le nom de fièvre rhumatismale, car c'est une maladie générale de nature infectieuse.

2° Il peut atteindre tous les tissus de l'organisme, et, après les localisations cardiaques les localisations pleuro-pulmonaires sont les plus fréquentes.

3° Les localisations extra articulaires et en particulier celles qui atteignent le poumon et la plèvre peuvent exister seules ; elles peuvent précéder les arthropathies, coïncider avec elles ou les suivre.

4° Le plus fréquemment, les localisations du rhumatisme sur le système pleuro-pulmonaire surviennent dans les cas intenses de fièvre rhumatismale, quand de nombreuses articulations sont prises ; elles sont précédées d'épistaxis, de sueurs profuses et de symptômes généraux graves.

5° Ces accidents surviennent ordinairement vers le dixième jour après les arthropathies.

6° Le cœur est ordinairement atteint trois à cinq jours avant le poumon, la congestion pulmonaire et la pneumonie sont précédées par l'endocardite, la pleurésie par la péricardite ou l'endo-péricardite.

7° Le plus souvent les deux plèvres ou les deux poumons sont atteints, cependant l'épanchement est plus fréquent du côté gauche.

8° Nous distinguons trois formes principales au point de vue clinique :

A. La congestion pulmonaire.

B. La pneumonie rhumatismale caractérisée par le manque d'expectoration, de toux, sa marche particulière.

C. La pneumonie différant à peine des pneumonies ordinaires, forme rare.

9° La pleurésie survient rapidement, d'abord à gauche, puis à droite, se dissipe de même.

10° La plus grande irrégularité existe dans les manifestations rhumatismales, et on peut, outre les formes communes, voir des pneumonies, des pleurésies persister pendant longtemps.

11° Le pronostic des localisations pulmonaires et pleurales est le plus souvent bénin, la mort est rare du fait de ces complications.

12° Le traitement du rhumatisme par les composés salicyliques est rationnel ; la salicine paraît devoir être préférée ; ces médicaments pris dès le début entraient rapidement la maladie, et préserveraient des localisations cardiaques et pulmonaires.

13° Une fois les localisations pleuro-pulmonaires survenues, on ne doit pas se contenter des composés salicyliques ; pour quelques-uns, il faut exercer une révulsion sur les articulations ; en tout cas, employer la médication des symptômes.

---

## QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

*Anatomie générale et histologie.* — Tissu musculaire lisse et strié.

*Physiologie.* — Suc gastrique. — Digestion stomacale.

*Physique.* — Mécanique des mouvements des yeux.

*Chimie.* — De l'acide phosphorique et des phosphates.  
— Compositions. — Propriétés. — Caractères distinctifs.

*Zoologie et anatomie comparée.* — Du tœnia échinococcus : ses transformations, ses migrations.

*Matière médicale et botanique.* — Décrire les diverses sortes de quinquinas. — Décrire les diverses sortes d'inflorescences.

*Pathologie externe.* — De la classification des kystes.

*Pathologie interne.* — Entérite et dysenterie.

*Thérapeutique.* — Du chloroforme.

*Hygiène.* — Du travail dans l'air comprimé et de ses effets sur l'organisme.

*Accouchements.* — De l'inertie utérine pendant le travail de l'accouchement.

*Pathologie générale.* — Des symptômes en général.

*Ophthalmologie.* — Des moyens de reconnaître l'hypermétropie et de la corriger.

*Médecine opératoire.* — De l'anévrysme poplité. Indications et moyens de les remplir.

*Anatomie.* — De la choroïde et de l'iris.

*Maladies cutanées et syphilitiques.* — Des abcès péri-uréthraux dans la blennorrhagie.

*Anatomie pathologique.* — Des inflammations parenchymateuses proprement dites.

*Médecine légale.* — Déterminer l'époque à laquelle remonte un accouchement.

*Médecine expérimentale et comparée.* — De la contagion de la teigne faveuse des animaux domestiques à l'homme.

*Cliniques médicales.* — Des anémies graves. — Traitement de la pleurésie purulente.

*Cliniques chirurgicales.* — Des polypes naso-pharyngiens et de leur traitement; de la rétention d'urine par engorgement de la prostate.

---

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

## ALPHABÉTIQUE

---

- BAILLOU..... Œuvres posthumes (1572-1616), Paris, 1639.  
BALL..... Du rhumatisme viscéral (thèse d'agrégation).  
BARTH et ROGER.... Traité d'auscultation.  
BESNIER..... Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, article : *Rhumatisme*.  
BOUCHARD ..... Maladies par ralentissement de la nutrition.  
BOUCHUT ..... Nouveaux éléments de pathologie générale.  
BOULLAUD..... Traité clinique de rhumatisme articulaire aigu.  
BUCQUOY..... La pleurésie dans les maladies du cœur (nov. 1882).  
CHOMEL ..... Essai sur le rhumatisme.  
DIEULAFOY..... Manuel de pathologie interne (tome I, art. 2).  
DUJARDIN-BEAUMETZ . Clinique thérapeutique (1884).  
DUROZIEZ..... *Union médicale* (1881, p. 469).  
FABRE (A) ..... Leçons cliniques (Marseille, 1884).  
FERNET ..... Du rhumatisme et de ses diverses manifestations (thèse Paris, 1869).  
FULLER..... Du rhumatisme.  
GERMAIN SÉE ..... *Union médicale* (21 janv. 1882).  
GRANCHER..... Société médicale des hôpitaux (août 1883).  
HALLEZ ..... Localisations rhumatismales qui peuvent précéder les localisations articulaires (thèse Paris, 1870).  
HERTZKA..... (Wiener medizinische presse) die erkrankungen der Brustorgane beim rheumatismus.  
HOMOLLE..... Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, article rhumatisme.  
HOUDÉ ..... Essai sur la congestion pulmonaire (thèse Paris).  
JACCOUD..... Clinique médicale (tome III).

|                     |                                                                               |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| LAFAYE.....         | Rhumatisme cardiaque d'emblée (thèse Paris, 1882).                            |
| LASÈGUE.....        | Archives de médecine, 1873, p. 210.                                           |
| LAVERAN et TESSIER. | Nouveaux éléments de pathologie et clinique médicales (tome II).              |
| LÉPINE... ..        | Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, article Pneumonie. |
| MARGERV.....        | Localisation pulmonaire dans le rhumatisme (thèse, Paris, 1882).              |
| MACLAGAN.....       | Rhumatisme, sa nature, son traitement, traduit Brachet (1883).                |
| METZQUER.....       | <i>France médicale</i> (1883).                                                |
| PETER .....         | Leçon de clinique médicale.                                                   |
| PICOT.....          | Les grands processus morbides.                                                |
| ROGER .....         | Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance.                           |
| SALVAJ-TOMASI.....  | Leçons cliniques (Naples 1882).                                               |
| SEUX fils .....     | De la pleurésie rhumatismale (Marseille).                                     |
| STOLZ.....          | Médecine pratique.                                                            |
| STRICKER.....       | Berl. Klin. Wochenschrift (1876), 1 et 11.                                    |
| SYDENHAM.....       | Médecine pratique et curative des maladies aiguës (1666-1689).                |
| TROUSSEAU.....      | Clinique médicale, tome III.                                                  |
| VAN SWIETEN.....    | Comment, in Sterm Boerhaave.                                                  |
| VERNEUIL .....      | Etats constitutionnels et traumatisme.                                        |

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Président de Thèse,*  
BONDET.

Vu : *Le doyen,*  
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Recteur :*  
EM. CHARLES.



